Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2015–2016

34 300 XVI Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2016

Nr. 12

VERSLAG HOUDENDE EEN LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 28 oktober 2015

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, belast met het voorbereidend onderzoek van dit voorstel van wet, heeft de eer verslag uit te brengen in de vorm van een lijst van vragen met de daarop gegeven antwoorden.

De vragen zijn op 1 oktober 2015 voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Bij brief van 28 oktober 2015 zijn ze door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport beantwoord.

Met de vaststelling van het verslag acht de commissie de openbare behandeling van het wetsvoorstel voldoende voorbereid.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Teunissen

kst-34300-XVI-12
ISSN 0921 - 7371
’s-Gravenhage 2015

Vraag 1:
Hoeveel onderwijsinstellingen maken gebruik van de vergoeding voor schoolzwemmen?

Antwoord 1:
Het antwoord op de vraag valt onder de beleidsverantwoordelijkheid van mijn collega van OCW.

Vraag 2:
Hoeveel kinderen in Nederland leren zwemmen door het aanbod van schoolzwemmen via de onderwijsinstelling? Hoeveel kinderen in Nederland leren zwemmen door zelf op zwemles te gaan in plaats van schoolzwemmen?

Antwoord 2:
Het antwoord op het eerste deel van de vraag valt onder de beleidsverantwoordelijk van mijn collega van OCW.

Wat het tweede deel betreft, ontbreekt het aan cijfers waaruit blijkt hoeveel kinderen zowel schoolzwemles hebben als elders op zwemles zitten, dan wel enkel zwemles op eigen initiatief van de ouders volgen.

Vraag 3
Hoeveel kinderen in Nederland halen geen zwemdiploma A, doordat zij geen gebruik maken van schoolzwemmen noch zelf op les gaan?

Antwoord 3:
Volgens de gegevens uit het brancherapport «Zwemmen in Nederland» haalt 98% van de kinderen het nationaal zwemdiploma A. Hiervan afgeleid haalt 2% geen zwemdiploma A. Onbekend is of zij wel of niet deel hebben kunnen nemen aan schoolzwemmen dan wel zelf al dan niet zwemles hebben gevolgd.

Vraag 4:
Wat zijn de totale kosten voor gymles in het basisonderwijs voor de rijksoverheid en vanuit welke middelen wordt dit gefinancierd?

Antwoord 4:
Het antwoord op deze vraag valt onder de beleidsverantwoordelijkheid van mijn collega van OCW.

Vraag 5:
Wat is begroot voor dak- en thuislozen zonder zorgverzekering?

Antwoord 5:
Er is geen begroting voor de zorguitgaven voor dak- en thuislozen zonder zorgverzekering. Ook dak- en thuislozen zijn verplicht een zorgverzekering af te sluiten. Vaak voeren gemeenten daartoe specifiek op hen gericht beleid.

Vraag 6:
Hoe vaak is «kijk en luistergeld» vaker ingezet ten opzichte van vorig jaar, wat is de ambitie voor komend jaar, net als time out en andere vergelijkbare instrumenten?

Antwoord 6:
De nieuwe zorgactiviteit «intensief consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties» (ook wel bekend als «kijk en luistergeld») is 1 januari 2014 geïntroduceerd. Op dit moment zijn er nog onvoldoende data beschikbaar om conclusies te kunnen trekken over de inzet van deze

maatregel. Begin 2016 heeft de NZa waarschijnlijk voldoende data over 2014 op basis waarvan zij een eerste inzicht kan genereren. Over mijn ambities voor «samen beslissen,» zoals de pilot met het time out consult, informeer ik u zo mogelijk nog voor de begrotingsbehandeling.

Vraag 7:
Waaruit blijkt dat de toezichthouders NZA, IGZ en ACM beter hebben samengewerkt in het belang van kwaliteit van de zorg ten opzichte van de afgelopen jaren?

Antwoord 7:
De NZa, IGZ en ACM hebben ieder een eigen, onderscheiden verantwoordelijkheid op het gebied van de zorg. De NZa heeft regulerende, toezichthoudende en uitvoerende taken ten aanzien van de naleving van de wet- en regelgeving (Wmg, Zvw en Wlz) door zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De IGZ ziet op basis van diverse wetten, waaronder de Kwaliteitswet zorginstellingen, toe op de kwaliteit van de zorg. De ACM ziet toe op de mededinging in de zorg.

In het uitoefenen van hun respectievelijke taken hebben deze organisaties de afgelopen jaren goede afspraken gemaakt over het uitwisselen van informatie. Deze zijn vastgelegd in samenwerkingsprotocollen. Om de samenwerking nog verder te verbeteren wordt het samenwerkingsprotocol tussen IGZ en NZa dit jaar geactualiseerd. Het samenwerkingsprotocol tussen NZa en ACM is in januari 2015 reeds vernieuwd. Verder wisselen de IGZ en ACM informatie uit in het kader van het toezicht op concentraties. Om goed in te spelen op de voorgenomen overheveling van het zorgspecifieke markttoezicht van de NZa naar de ACM zal het samenwerkingsprotocol nader worden aangepast zodat het bij de nieuwe situatie aansluit. Ik heb er vertrouwen in dat deze aanpassingen de goedlopende samenwerking verder zal optimaliseren.

Vraag 8:
Wat hebben de zorgverzekeraars in preventie geïnvesteerd in het afgelopen jaar ten opzichte van 2013 en 2014 en wat is het voornemen voor komend jaar? Welk percentage geld gaat naar preventie ten opzichte van besteding aan ziekte en zorg?

Antwoord 8:
Het basispakket van de Zorgverzekeringswet omvat alle activiteiten van zorgaanbieders die zijn gericht op individuele, zorggerelateerde preventie in het kader van de behandeling van medische klachten/aandoeningen. Denk bijvoorbeeld aan leefstijladviezen die iemand met (een verhoogde kans op) depressie of diabetes krijgt van zijn huisarts of specialist over leefritme, beweging, voeding, alcohol gebruik. Of aan cholesterol- of bloeddrukverlagers voor mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten; controles en screeningen van zwangere vrouwen; leefstijladviezen van verloskundigen aan aanstaande moeders; preventieve tandartscontroles voor jongeren; preventieve adviezen en voorlichting van de kraamhulp aan jonge ouders; stoppen met roken; dieetadvisering.

Ik heb geen totaalbeeld van de investering in preventie via het basispakket. Dit laat zich niet gemakkelijk onderscheiden van de rest van de behandeling.

Naast de investeringen vanuit het pakket kunnen zorgverzekeraars ook uit eigen middelen preventie stimuleren. Ik heb echter geen zicht op de inzet van eigen financiële middelen.

Vraag 9:
Hoe groot is de overcapaciteit aan ziekenhuisbedden? Hoeveel geld is hiermee gemoeid? Is er een plan voor ombouw om omvallen van ziekenhuizen of onnodig vullen van bedden te voorkomen en wie heeft hierbij de regie?

Antwoord 9:
Het brancherapport 2015 van de NVZ zegt het volgende over de beddencapaciteit (cijfers 2013):

«De bedbezettingsgraad is zeer laag in Nederland. In Europa ligt die gemiddeld rond de 80%, en volgens de OECD zou de bezettingsgraad in Nederland 53% bedragen. Volgens de Enquête Jaarcijfers Ziekenhuizen is de bezettingsgraad in Nederland 64%; nog steeds lager dan het Europese gemiddelde. Een deel van de verklaring is dat in Nederland veel patiënten in dagverpleging worden behandeld. Deze patiënten bezetten geen bedden.»

Het is mij niet bekend hoeveel geld is gemoeid met de genoemde lage bezettingsgraad. Het is aan zorgverzekeraars en ziekenhuizen om gezamenlijk afspraken te maken hoe hiermee om te gaan.

Vraag 10:
Wat waren de kosten voor asielzoekers in 2015 en wat is de verwachting voor de komende jaren tot 2020? Kan dit gespecificeerd worden voor de Zvw, de Wlz en de Wmo?

Antwoord 10:
De zorg aan asielzoekers komt niet ten laste van de Zvw, Wlz of Wmo. De kosten voor gezondheidszorg voor asielzoekers worden verantwoord op artikel 37 van de VenJ-begroting. Zoals aangegeven op pagina 78 van deze begroting bestaan de opvangkosten bij het COA voor 2016, inclusief overhead, voor circa 25% uit gezondheidszorgkosten. Dat zal naar verwachting ook voor de komende jaren het geval zijn. Gelet op het sterk fluctuerende aantal asielzoekers in de opvang is nog niet aan te geven hoeveel geld daar de komende jaren in totaal mee gemoeid zal zijn.

Vraag 11:
Hoeveel vaker maken asielzoekers en allochtonen gebruik van zorg in vergelijking tot autochtonen? Kan dit gespecificeerd worden voor de Zvw, de Wlz en de Wmo voor zowel autochtonen, allochtonen en asielzoekers?

Antwoord 11:
In mijn reactie op de vragen van het lid Klever (PVV) over *de hoge zorgkosten* van allochtonen TK 2014–15, nr. 3310) heb ik gerefereerd aan het CBS artikel «Zorgkosten niet-westerse allochtonen verschillen van autochtonen» van 11 maart 2013. Uit dit artikel blijkt dat, na correctie voor leeftijdsopbouw, de gemiddelde zorgkosten die vallen onder de basisverzekering Zvw onder niet-westerse migranten (€ 1.890) hoger liggen dan bij autochtonen (€ 1.612). Voor dit verschil zijn diverse verklaringen gegeven, zoals de lage sociaaleconomische situatie waar allochtonen zich gemiddeld vaker in bevinden en fysiologische verschillen die een rol spelen.
De verschillen tussen de zorgkosten van allochtonen en autochtonen voor wat betreft de zorg die valt onder de Wmo en de Wlz zijn niet onderzocht.

De zorgkosten voor asielzoekers vallen onder de verantwoordelijkheid van het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA) en worden daardoor verantwoord op de begroting van het Ministerie van VenJ. Het COA laat weten dat de totale zorgkosten per asielzoeker in 2014 circa € 5.000

bedroegen. De zorgkosten van asielzoekers laten zich om verschillende redenen lastig vergelijken met de zorgkosten van autochtonen. In dit bedrag zitten bijvoorbeeld ook de kosten voor medische screening (bijvoorbeeld op TBC) opgenomen die geen onderdeel uitmaken van de zorgkosten van verzekerden Zorgverzekeringswet.

Vraag 12:
In hoeverre zijn huisartsen voldoende geschoold om patiënten te informeren over beschikbare, effectieve vaccins die tot nu onvoldoende worden benut?

Antwoord 12:
Huisartsen worden weinig bevraagd op vaccins, omdat veel mensen vaccins vooral associëren met het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) voor kinderen, de jaarlijkse griepvaccinatie, of, in mindere mate, reizigers-vaccins. Vanwege de relatieve onbekendheid met alle overige beschikbare vaccins heb ik het RIVM voor 2015 en 2016 opdracht gegeven om activiteiten te ontwikkelen met betrekking tot publieksvoorlichting en tot deskundigheidsbevordering (professionals) over alle beschikbare vaccins. De RIVM-website gaat in november de lucht in.
Informatie zal worden gegeven over de ziekte, het vaccin, de toediening, de mogelijke bijwerkingen, de kosten en eventuele vergoeding en tot welke professionals men zich kan wenden voor advies en vaccinatie. Afhankelijk van de informatiebehoefte van het publiek of subgroepen daarvan, wordt deze informatie ook via andere kanalen (tijdschriften, websites) onder de aandacht gebracht.

Vraag 13:
Kunt u een stand van zaken geven ten aanzien van de totstandkoming van de beoordelingskamer vaccins? Wordt de geplande publicatie van de uitvoeringstoets in 2016 behaald?

Antwoord 13:
Op dit moment werken de Gezondheidsraad en het Zorginstituut Nederland reeds samen bij de beoordeling van vaccinaties. In juli 2016 presenteren zij mij een voorstel tot definitieve inrichting van het nieuwe vaccinatiebeoordelingsmodel («Beoordelingskamer Vaccins»). Op basis van dit voorstel zal de nieuwe «Beoordelingskamer Vaccins» definitief worden vorm gegeven. Ik heb geen reden om aan te nemen dat dit tijdpad niet gehaald zal worden. Hierbij wordt overigens niet gebruikgemaakt van een uitvoeringstoets.

Vraag 14:
Is er een budget gereserveerd voor 2016 voor de totstandkoming van de beoordelingskamer vaccins? Zo ja, om welk budget gaat het?

Antwoord 14:
Neen. De gezamenlijke advisering kan uit de reguliere bijdrage aan de Gezondheidsraad en het Zorginstituut Nederland gefinancierd worden.

Vraag 15:
Waar in de begroting van VWS staat de door de Minister toegezegde investering in gendersensitieve zorg? Het aangekondigde Nationaal Kennisprogramma Gender en Gezondheid is nu nog niet in begroting van VWS terug te vinden.

Antwoord 15:
De toezegging om te willen voorzien in de uitvoering van de kennisa-genda Gender en Gezondheid is inderdaad nog niet terug te vinden in de begroting. Het voornemen is om door middel van een programmerings-

studie eerst na te gaan welke kennisvragen die snel tot resultaat leiden kunnen worden opgepakt, welke middelen daarvoor nodig zijn en hoe deze middelen worden ingepast.

Andere onderdelen van het vraagstuk gendersensitieve zorg zijn al wel opgepakt. Zo zijn voor 2016 middelen gereserveerd om het onderwerp verder te kunnen implementeren in de vervolgopleidingen tot medisch specialist. Dit project zal worden aangehaakt bij het bredere kennisprogramma Gender en Gezondheid van ZonMW.

Vraag 16:
Waarom daalt het budget voor gezondheidsbevordering in 2016? In hoeverre is de regering tevreden met behaalde resultaten op dit gebied? Hoe zijn deze resultaten voor groepen met lage sociaaleconomische positie?

Antwoord 16:
Gezondheidsbevordering is een belangrijk onderdeel van preventie, waarbij de verantwoordelijkheid in eerste instantie bij de burger zelf ligt en de overheid de insteek heeft de gezonde keuze makkelijk te maken. De resultaten zijn positief te noemen. Uit de Volksgezondheid Toekomstverkenning (VTV) blijkt dat, mede door inzet op preventie en zorg, de levensverwachting gestegen is het afgelopen decennium. Daarnaast laten de cijfers van het CBS zien dat over de laatste 15 jaar het aantal rokers en zware drinkers daalt, terwijl het aantal mensen dat voldoet aan de beweegnorm toeneemt.

De verantwoordelijkheid voor uitvoering van beleid op het gebied van gezondheidsbevordering is lokaal belegd bij gemeenten. Het Rijk zorgt voor een goede landelijke kennisinfrastructuur waar professionals gebruik van kunnen maken. Daarnaast stimuleert het Rijk lokale inzet op gezondheidsbevordering en preventie in den brede, bijvoorbeeld door middel van het beschikbaar stellen van financiële middelen aan het gemeentefonds (de GIDS-gelden) en het mede initiëren van een maatschappelijke beweging via het programma «Alles is Gezondheid...». De inzet op groepen met een lage sociaaleconomische positie is een integraal onderdeel van het beleid. De resultaten op het gebied van gezondheidsbevordering komen dus tot stand door gedeelde inspanning van zowel Rijk als gemeenten en mensen en organisaties buiten de overheid.

Wat betreft de uitgaven voor gezondheidsbevordering zijn deze meerjarig bezien redelijk stabiel (circa € 51 miljoen). De lichte daling in het budget in 2016 ten opzichte van 2015 is grotendeels te verklaren uit kleine schommelingen in subsidies en opdrachten. Daarnaast is als gevolg van een taakstelling uit het regeerakkoord Rutte-Asscher onder meer de instellingssubsidie van het Trimbos-instituut verlaagd (het bredere GGZ-deel). Deze subsidie valt onder het kopje verslavingszorg. Zie voor verdere toelichting de antwoorden op vragen 114 en 116.

Vraag 17:
Waarom daalt het budget voor participatie en zelfredzaamheid voor mensen met een beperking in 2016, juist nu dit jaar in het kader staat van ratificatie van het VN verdrag dat de samenleving juist toegankelijker moet maken voor mensen met een beperking

Antwoord 17:
De daling in het desbetreffende budget is het gevolg van de stopzetting van de landelijke regeling mantelzorgcompliment en de decentralisatie hiervan naar de gemeenten.

Vraag 18:
Wat is de precieze omvang van fraude in de zorg?

Antwoord 18:
Ik heb de NZa in juli 2013 opdracht gegeven een duiding te geven van de kwetsbaarheden in de AWBZ- en Zvw-zorg en een raming van de omvang van fraude. In de derde voortgangsrapportage aanpak van fouten en fraude van 12 december 2014 (TK 28 828, nr. 75) heb ik uw Kamer geïnformeerd over de definitieve uitkomsten van het samenvattend rapport van de NZa «onderzoek naar kwetsbaarheden en financiële onregelmatigheden in de zorg» en heb ik aangegeven hoe ik deze uitkomsten benut voor de aanpak van onrechtmatigheden. Het betreffende rapport bevat een indicatie van de kwantitatieve omvang van de onregelmatigheden in de zorg. De NZa benadrukt dat de onregelmatigheden niet op voorhand zijn aan te merken als foutief en ook zeker niet als fraude. Het samenvattend rapport van de NZa en de bijbehorende bijlagen zijn bijgevoegd bij de derde voortgangsrapportage aanpak van fouten en fraude. Voor de kwantitatieve uitkomsten van het onderzoek van de NZa verwijs ik volledigheidshalve naar deze derde voortgangsrapportage.

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) onderzoekt jaarlijks de omvang van besparingen bij zorgverzekeraars als gevolg van controle-inspanning en fraudebestrijding. De cijfers van ZN geven geen beeld van het totaal aan zorgfraude. Het onderzoek van ZN is bedoeld om de door zorgverzekeraars aangetoonde fraude in kaart te brengen, niet het totaal aan mogelijke fraude. In 2014 hebben zorgverzekeraars bij controles vooraf (voor uitbetaling) voor € 2 miljard aan onterechte declaraties tegengehouden. Bij de achteraf controle (materiële controle) is voor € 449 miljoen aan betaalde declaraties teruggevorderd. Daarnaast is in 2014 door fraudeonderzoek bijna € 53 miljoen aan onjuistheden aan het licht gebracht. Van deze € 53 miljoen is € 18,7 miljoen daadwerkelijk gebleken fraude.

Vraag 19:
Hoeveel fraudezaken die betrekking hebben op de gezondheidszorg worden momenteel behandeld door het Openbaar Ministerie, uitgesplitst per zorgsector?

Antwoord 19:
Over de strafrechtelijke inzet bij de integrale aanpak van zorgfraude en het aantal zaken dat in behandeling is bij het Openbaar Ministerie bent u meest recent geïnformeerd in het plenaire debat over de aanpak fouten en fraude van 5 februari jl. In de vierde voortgangsrapportage aanpak fouten en fraude ontvangt uw Kamer een actualisatie van deze cijfers. Deze voortgangsrapportage zal ik u binnenkort toezenden.

Vraag 20:
In welke zorgsectoren vindt de meeste fraude plaats en wat zijn de oorzaken hiervan?

Antwoord 20:
In de derde voortgangsrapportage aanpak van fouten en fraude van 12 december 2014 (TK 28 828, nr. 75) heb ik uw Kamer geïnformeerd over de definitieve uitkomsten van het samenvattend rapport van de NZa «onderzoek naar kwetsbaarheden en financiële onregelmatigheden in de zorg» en heb ik aangegeven hoe ik deze uitkomsten benut voor de aanpak van onrechtmatigheden. Het betreffende rapport bevat een indicatie van de kwantitatieve omvang van de onregelmatigheden in de zorg voor de 8 genoemde deelsectoren. Voor de kwantitatieve uitkomsten van het onderzoek van de NZa verwijs ik volledigheidshalve naar deze derde

voortgangsrapportage. De NZa benadrukt dat de onregelmatigheden niet op voorhand zijn aan te merken als foutief en ook zeker niet als fraude.

De gevonden onregelmatigheden zijn in de ggz en MSZ en AWBZ-zorg in natura in absolute zin het hoogst. De omvang van de onregelmatigheden in de AWBZ liggen in 2013 substantieel lager dan de omvang in 2012. Dit lagere bedrag in 2013 wordt volgens de NZa grotendeels verklaard door het ontbreken van het bestand met pgb-gegevens voor 2013 en de verbeterslagen in de zorg in natura ten aanzien van het registreren en controleren. Voor de ggz en MSZ zijn de opgespoorde onregelmatigheden aanzienlijk hoger in 2012 dan in 2011. Door de transitiefase waarin de MSZ en ggz zich bevinden, is de verantwoording over de transitiejaren voor deze sector relatief ingewikkeld geworden. Per brief van 11 december 2014 (TK 32 620, nr. 143) heb ik uw Kamer geïnformeerd over de uitkomsten van het jaarrekeningentraject MSZ. De verwachting is dat de uitkomsten van het traject controle jaarrekeningen ggz meer inzicht gaat geven in de wijze waarop er in 2013 is gedeclareerd. Ik informeer uw Kamer eind van dit jaar over de uitkomsten van dit traject.

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) onderzoekt jaarlijks de omvang van besparingen bij zorgverzekeraars als gevolg van controle-inspanning en fraudebestrijding. De cijfers van ZN geven geen beeld van het totaal aan zorgfraude. Het onderzoek van ZN is bedoeld om de door zorgverzekeraars aangetoonde fraude in kaart te brengen, niet het totaal aan mogelijke fraude. In 2014 hebben verzekeraars door fraudeonderzoek bijna € 53 miljoen aan onjuistheden aan het licht gebracht. Van deze € 53 miljoen is € 18,7 miljoen daadwerkelijk gebleken fraude. De vastgestelde fraude door verzekeraars hebben zich voornamelijk hebben afgespeeld in de pgb-regeling en de ggz.

Vraag 21:
Zijn er zorgorganisaties die op dit moment onder verdenking staan van het Openbaar Ministerie?

Antwoord 21:
Over lopende opsporingsonderzoeken kunnen door het OM geen mededelingen worden gedaan.

Vraag 22:
Hoeveel personen zijn in 2015 opgepakt voor fraude in de zorg?

Antwoord 22:
Deze informatie wordt door opsporingsinstanties en het OM niet systematisch per zaakstroom bijgehouden.

Vraag 23
Hoeveel personen zijn berecht in 2015 voor fraude in de zorg?

Antwoord 23:
Deze informatie wordt door opsporingsinstanties en het OM niet systematisch per zaakstroom bijgehouden.

Vraag 24:
Hoeveel FTE is er beschikbaar voor de fraudeopsporing, uitgesplitst naar het NZa, het Functioneel Pakket, het Openbaar Ministerie en de Zorgverzekeraars?

Antwoord 24:
De (strafrechtelijke) opsporing van fraude in de zorg is belegd bij de bijzondere opsporingsdiensten Inspectie SZW en FIOD. Deze diensten

voeren strafrechtelijke onderzoeken uit onder gezag van het Functioneel Parket van het Openbaar Ministerie (OM/FP). Het OM/FP is tevens verantwoordelijk voor de strafrechtelijke vervolging en de tenuitvoerlegging van opgelegde straffen.

De Inspectie SZW is verantwoordelijk voor de opsporing van fraude met het persoonsgebonden budget en declaratiefraude. Hiertoe heeft de Inspectie SZW thans circa 50 fte aan capaciteit beschikbaar.

De FIOD rekent zijn capaciteit niet in fte's maar in opsporingsuren. De FIOD heeft op jaarbasis 20.000 uren beschikbaar voor de opsporing van fraude op het terrein van de zorg.

Het Functioneel Parket van het Openbaar Ministerie heeft met ingang van 2015 structureel 5 fte aan extra capaciteit beschikbaar gekregen voor de afhandeling van zorgfraudezaken. De totaal beschikbare capaciteit voor zorgfraudebestrijding bij het OM (dus inclusief het FP) is niet exact in fte aan te geven. Elke officier van justitie is toegerust om fraudezaken af te doen. Het overige OM personeel dat met fraudebestrijding is belast doet dit vaak ook als onderdeel van een breder takenpakket. Hierdoor kan de totale beschikbare capaciteit van het OM daar worden ingezet waar deze het meest nodig is.

Zorgverzekeraars hebben formeel juridisch gezien geen opsporingstaak. Zij voeren vanuit hun controlerende rol in het stelsel wel reguliere (formele en materiële) controles uit op de rechtmatigheid van de door zorgaanbieders en verzekerden ingediende declaraties. Bij gerede vermoedens van fraude hebben zij tevens de mogelijkheid om een onderzoek in te stellen. Zorgverzekeraars Nederland houdt geen administratie bij van de aantallen medewerkers die bij de verschillende zorgverzekeraars zijn belast met het uitvoeren van controles en (fraude)onderzoeken. Alle zorgverzekeraars stellen hier capaciteit voor beschikbaar, maar door verschillen in zowel de functies van medewerkers als in de inrichting van de processen voor controle en fraudebeheersing binnen de organisatie, is een uniform overzicht niet op te stellen.

Voor de capaciteit die de NZa beschikbaar heeft voor toezicht en (bestuursrechtelijke) handhaving wordt verwezen naar het antwoord op vraag 25.

Vraag 25:
Hoeveel FTE's waren er in 2015 in totaal belast met toezichthouden in de zorg? Hoe groot was dat aantal in 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 en 2014? Hoe was dat uitgesplitst naar toezichthoudende instanties zoals FIOD, NVWA, NZa, IGZ en Inspectie Jeugdzorg?

Antwoord 25:
In onderstaande tabel zijn de aantallen fte's opgenomen die in totaal belast waren met toezicht houden in de zorg. De NVWA en de FIOD zijn niet in de tabel opgenomen. Het toezicht dat de NVWA voor VWS uitoefent op voedsel- en productveiligheid vindt plaats in het kader van de volksgezondheid, maar is geen toezicht op de zorg. De FIOD is een bijzondere opsporingsdienst en heeft geen toezichthoudende taak in het zorgstelsel.

In onderstaande tabel zijn de aantallen fte's opgenomen die in totaal belast waren met toezicht in de zorg.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
IGZ[1]	393	393	447	490	516	538	538
IJZ[2]	63	62	59	61	62	63	67
NZa[3]	36	45	42	40	50	80	96
Totaal	492	500	548	591	628	681	701

[1] De IGZ-aantallen geven de totale formatie weer inclusief overhead.
[2] De IJZ -aantallen geven de totale formatie weer inclusief overhead en fte's die werkzaam en gedetacheerd zijn bij STJ.
[3] De NZa-aantallen hebben betrekking op het onderdeel Toezicht en Handhaving (dat in 2009 is opgericht).

Vraag 26:
Hoeveel (fraude-)onderzoeken zijn er door de NZa gedaan in 2015? Hoeveel hebben geleid tot een bestuursrechtelijke maatregel, en hoeveel tot een strafrechtelijke? Hoeveel waren die aantallen in 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 en 2014?

Antwoord 26:
Onderstaande tabel biedt een overzicht van de bestuursrechtelijke maatregelen die de NZa in de periode 2011–2015 (januari t/m juni) heeft uitgevoerd, welke verband houden met correct declareren. Vanaf 2011 is onderstaand overzicht gehanteerd voor registratie van toezichtmaatregelen. Voor de jaren 2009 en 2010 hanteerde de NZa een andere wijze van registreren. Voor de maatregelen in die jaren verwijs ik uw Kamer naar de jaarverslagen van de NZa[1].

Activiteiten	2011	2012	2013	2014	2015 Eerste halfjaar (januari t/m juni)
Interventies bij zorgaanbieders	26	102	34	26	18[1]
Interventies bij zorgverzekeraars en zorgkantoren	8	31	49	505[2]	40
Boetes	2	2	3	1	2
Handhaving informatieverplichtingen	301	251	370	491	129[3]
Last onder dwangsom op grond van informatieverplichtingen	71	20	58	115	15
Totaal	**408**	**406**	**514**	**1.138**	**204**[4]

[1] Waarvan 1 aanwijzing
[2] Aanwijzingen die in 2014 zijn gegeven aan zorgkantoren zijn tevens verstuurd aan de alle achterliggende zorgverzekeraars. De NZa registreert dit als unieke aanwijzingen, waardoor het overzicht dubbeltellingen bevat.
[3] Waarvan 9 aanwijzingen op grond van handhaving informatieverplichting
[4] Een geactualiseerd overzicht wordt opgenomen in het jaarverslag 2015.

Zoals aangegeven in het antwoord op vraag 19 informeer ik uw Kamer via de vierde voortgangsrapportage aanpak fouten en fraude over de aantallen signalen die vanuit het Centraal Selectie Overleg Zorg (CSO Zorg) bestuursrechtelijk dan wel strafrechtelijk zijn opgepakt. Uw Kamer ontvangt de vierde voortgangsrapportage binnenkort.

Vraag 27:
Hoeveel opsporingscapaciteit is er voor fraude met PGB, zowel bij het OM, de FIOD/ECD, de Inspectie SZW en zorgkantoren?

Antwoord 27:

[1] Jaarverslag NZa 2009: http://www.nza.nl/104107/426385/dni-1035346/Verantwoordingsdocument_jaarverslag_NZa_2009.pdf
Jaarverslag NZa 2010: http://www.nza.nl/104107/426385/dni-1035346/Verantwoordingsdocument_jaarverslag_NZa_2010.pdf

De strafrechtelijke aanpak van fraude met het persoonsgebonden budget is belegd bij de Inspectie SZW, die opsporingsonderzoeken uitvoert onder gezag van het Functioneel Parket van het Openbaar Ministerie. In het antwoord op vraag 24 is uiteengezet hoeveel capaciteit de Inspectie SZW en het OM/FP beschikbaar hebben voor de aanpak van fraude in de zorg. Deze capaciteit wordt ingezet voor het uitvoeren van strafrechtelijke onderzoeken naar pgb-fraude en declaratiefraude. De toedeling capaciteit naar deze twee aandachtsgebieden is niet exact in fte's aan te geven.

Volledigheidshalve wordt opgemerkt dat zorgkantoren juridisch gezien geen opsporingstaak hebben. Zij voeren vanuit hun controlerende rol in het stelsel wel reguliere (formele en materiële) controles uit op de rechtmatige besteding van het pgb binnen de Wet langdurige zorg (Wlz), onder andere via het afleggen van huisbezoeken. Bij gerede vermoedens van fraude hebben zij tevens de mogelijkheid om een onderzoek in te stellen. Zorgverzekeraars Nederland houdt geen administratie bij van de aantallen medewerkers die bij de verschillende zorgkantoren zijn belast met het uitvoeren van controles en (fraude)onderzoeken ten aanzien van het pgb in de Wlz. Alle zorgkantoren stellen hier capaciteit voor beschikbaar, maar door verschillen in zowel de functies van medewerkers als in de inrichting van de processen voor controle en fraudebeheersing binnen de organisatie, is een uniform overzicht niet op te stellen.

Vraag 28:
Waarom nemen de uitgaven van langdurige zorg en ondersteuning zo hard toe, nl. van 3.6 miljard euro in 2016 naar 4.5 miljard euro in 2020? Vindt de Minister dat een gewenste ontwikkeling?

Antwoord 28:
De geschetste stijging betreft de ontwikkeling van de begrotingsgefinancierde uitgaven aan langdurige zorg. Deze begrotingsgefinancierde uitgaven bestaan voor het grootste deel uit een bijdrage in kosten van kortingen (BIKK). De BIKK is een rijksbijdrage die is ingesteld bij de invoering van het nieuwe belastingstelsel in 2001 en wordt ingezet om de lagere premieopbrengst als gevolg van de grondslagverkleining van de Wlz te compenseren. De BIKK neemt toe van € 3,25 miljard in 2015 tot € 4,2 miljard in 2020.

Vraag 29:
Hoe verhouden de uitgaven aan gezondheidsbevordering, die licht dalen vanaf 2016, zich tot het geven van meer aandacht aan preventie als een van de geformuleerde kernpunten van de beleidsagenda?

Antwoord 29:
Zoals in de beleidsagenda wordt gesteld, gaat het bij preventie om de beweging van nazorg naar voorzorg. Het gaat erom dat er meer aandacht komt voor een adequate plek voor preventie in de gehele gezondheids(zorg)keten. Uw Kamer ontvangt rond de jaarwisseling een brief over de rol van preventie in de gezondheids(zorg)keten en de motie Wolbert (mogelijkheden voor betaaltitel preventie). Zie voor toelichting op de lichte daling in 2016 ten opzichte van 2015 het antwoord op vraag 16.

Vraag 30:
Wat zijn de incentives voor de verschillende ketenpartners ((geneesmiddelen)fabrikanten, zorgverleners, apothekers, verzekeraars, patiënten) om actief te participeren in het leveren van zinnige en zuinige zorg?

Antwoord 30:
In februari 2015 heb ik uw Kamer met mijn brief «Kwaliteit loont» (TK 31 765, nr. 116) geïnformeerd over het actieplan om te komen tot

kwalitatief betere zorg die betaalbaar blijft (zinnige en zuinige zorg). Kern van de «Kwaliteit loont» maatregelen is dat het voor patiënten, zorgverleners en verzekeraars lonender moet worden om te kiezen voor de beste zorg.

Met de koepels van verzekeraars, aanbieders en patiënten is daarnaast in het hoofdlijnenakkoord MSZ voor de periode 2014–2017 een lager groeipad afgesproken. Aan dit te bereiken lagere groeipad ligt een pakket aan maatregelen ten grondslag, waaronder de uitvoering van een kwaliteit- en doelmatigheidsagenda. Partijen hebben de afgelopen periode aangetoond dat zij een sterke inhoudelijke prikkel voelen om de zorg te verbeteren en zo doelmatiger in te richten. Mocht dit desondanks niet afdoende zijn, dan ligt er uiteindelijk een prikkel in de afspraken in het akkoord. Wordt het lagere groeipad niet behaald, dan kan de overschrijding met het MBI worden teruggehaald. Verder is eind mei 2013 het programma tegen verspilling in de zorg gestart. Dit programma is gestart op initiatief van VWS. De keuze voor de acties komt vanuit de partijen zelf en VWS. Daarbij worden de verantwoordelijkheden belegd waar ze horen. Aanpak van verspilling is belangrijk om kwalitatief goede zorg te kunnen blijven betalen. Dit uitgangspunt wordt gedeeld door de deelnemende partijen. Want verspilling draagt bij aan onnodige zorg(kosten) die we met zijn allen betalen. Daarnaast is ook beleid gezet op het tegen gaan van fraude en fouten bij betalingen in de zorg.

Zorginstituut Nederland is in 2013 naar aanleiding van het Regeerakkoord stringent pakketbeheer gestart, dat in belangrijke mate samenhangt met de acties die voortkomen uit de kwaliteit- en doelmatigheidsagenda. Dit programma heeft tot doel om het pakket van de Zorgverzekeringswet systematisch door te lichten op ondoelmatige zorg. Dit gebeurt in overleg met de betrokken veldpartijen. Uit de doorlichting komen aanbevelingen voort die bijvoorbeeld betrekking kunnen hebben op doelmatiger inzet van zorg door partijen of op concrete pakketmaatregelen. Als partijen aan zet zijn om de aanbevelingen uit te voeren, dan maakt het Zorginstituut ook afspraken over de implementatie daarvan. Het Zorginstituut monitort de uitvoering van de aanbevelingen. Conform het Regeerakkoord staat er voor 2017 op basis van stringent pakketbeheer nog een besparingsopdracht open van € 225 miljoen. Deze doorlichting van het pakket betreft een extra taak voor het Zorginstituut. Ten behoeve daarvan is een extra bedrag van € 15 miljoen per jaar ter beschikking gesteld.

Patiënten hebben belang bij een betaalbare premie en bij een goede kwaliteit van de zorg die zij ontvangen. Zij hebben geen belang bij een onnodige behandeling; deze kan bij de patiënt eerder schade berokkenen, dan de gezondheid verbeteren. Daarbij betalen patiënten een verplicht eigen risico voor de zorg die zij gebruiken, waardoor zij bewust omgaan met het gebruik van zorg. Door patiënten meer inzicht te geven in de kwaliteit van het zorgaanbod kunnen zij beter geïnformeerde keuzes maken. In het kader van het jaar van de transparantie heb ik hierover concrete afspraken met partijen gemaakt.

(Geneesmiddelen)fabrikanten tot slot dragen bij aan de kwaliteit van zorg door producten te ontwikkelen die meerwaarde met zich meebrengen. Voor de jaarwisseling presenteer ik een integraal pakket van maatregelen om de betaalbaarheid k uit eigen middelen preventie stimuleren. Ik heb echter geen zicht op de inzet van eigen financiële middelen.

Vraag 31:
Wat is de onderbouwing van de afname van de uitgaven aan zorgtoeslag van 800 mln. euro tussen 2014 en 2015, en vervolgens de toename van 340 mln. euro tussen 2015 en 2016?

Antwoord 31:
Van 2014 op 2015 is het afbouwpercentage verhoogd van 9,118% naar 13,4%. Daardoor ontvangen huishoudens met een inkomen boven het minimumloon minder zorgtoeslag. Daarnaast ontvangt een aantal huishoudens hierdoor geen zorgtoeslag meer. Voor huishoudens met een minimuminkomen is er in 2015 niet veel veranderd; de normpercentages zijn vrijwel stabiel (voor eenpersoonshuishoudens daalt het licht en voor meerpersoonshuishoudens stijgt het licht).

Van 2015 op 2016 zijn vrijwel alle percentages beperkt veranderd. De standaardpremie stijgt in de raming van VWS met € 79 op jaarbasis. Daardoor stijgt de zorgtoeslag voor veel rechthebbenden met ruim € 70. Dit leidt tot de kostenstijging van 2015 op 2016.

Vraag 32:
Hoe worden de overgehevelde Wtcg-gelden ingezet door gemeenten? Welk deel hiervan wordt uitgegeven aan collectieve zorgverzekeringen en welk deel aan overige regelingen?

Antwoord 32:
Er is geen totaal overzicht beschikbaar waar gemeenten deze middelen voor hebben ingezet. Middelen in het sociaal domein zijn voor gemeenten vrij inzetbaar. Zoals reeds in de tweede voortgangsrapportage HLZ is gemeld, is een onderzoek gestart waarbij door een steekproef onder 10 gemeenten kwalitatief in beeld zal worden gebracht hoe gemeenten invulling geven aan de mogelijkheid tot het vragen van eigen bijdragen bij algemene voorzieningen, en vooral ook hoe ze invulling geven aan de verantwoordelijkheid om conform artikel 2.3.2 van de Wmo 2015 rekening te houden met de persoonlijke omstandigheden van de cliënt, waaronder de financiële situatie. In dit onderzoek zal ook aandacht worden besteed aan compenserende maatregelen van gemeenten, zoals collectieve zorgverzekeringen. Over de uitkomsten van het onderzoek wordt uw Kamer in de volgende voortgangsrapportage geïnformeerd. Wel blijkt al uit onderzoek dat nagenoeg alle gemeenten een collectieve verzekering hebben afgesloten voor kwetsbare groepen in de gemeenten en dat verschillende gemeenten daar ook een bijdrage aan leveren.

Vraag 33:
In hoeverre wordt in het programma «Alles is gezondheid» rekening gehouden met het feit dat mensen ook recht hebben op een ongezonde keuze?

Antwoord 33:
Het programma «Alles is Gezondheid...» is niet normatief en bepaalt niet hoe mensen moeten leven. Gezondheid is van mensen zelf. Zij maken zelf hun afwegingen en keuzes. Het programma geeft daarover geen waardeoordeel. De activiteiten zijn er vooral op gericht om gezonder leven gemakkelijker te maken, onder andere door preventie en gezondheid onderdeel te maken van het dagelijkse leven in de wijk, op school, op het werk en in de gezondheidszorg. De maatschappelijke partners bepalen zelf wat ze daaraan willen bijdragen en hoe ze dat doen.

Vraag 34:
Waar in de begroting van VWS 2016 staat de door de minster toegezegde investering in gendersenstieve zorg?

Antwoord 34:
Zie het antwoord op vraag 15.

Vraag 35:

U schrijft dat het tegengaan van antibioticaresistentie prioriteit moet krijgen, zowel op nationaal niveau als op internationaal niveau. Via welke middelen is dat exact terug te zien in uw budget?

Antwoord 35:
De middelen voor het tegengaan van antibioticaresistentie zijn in de begroting opgenomen in beleidsartikel 1 Volksgezondheid onder het instrument Subsidies Ziektepreventie (zie tabel budgettaire gevolgen van beleid op pagina's 25 en 26 en de toelichting op pagina 30).

Vraag 36:
Welke bedragen zijn gemoeid met de preventie van schadelijk middelengebruik, onderverdeeld in alcohol, drugs en tabak voor de jaren 2013, 2014 en 2015 en waar wordt dit aan besteed?

Antwoord 36:
Het budget voor preventie van schadelijk middelengebruik betrof in 2013 € 1,7 miljoen, in 2014 € 1,2 miljoen en in 2015 was een budget van € 3,1 miljoen gereserveerd. Een onderverdeling in budgetten voor preventie van alcohol, drugs en tabak kan ik u niet geven aangezien we juist zijn overgegaan op een integrale benadering van middelengebruik.

Het budget voor preventie van schadelijk middelengebruik wordt voor een groot deel ingezet via subsidie aan het Trimbos-instituut. Het Trimbos-instituut betaalt uit zijn subsidiegelden onder meer activiteiten op het gebied van:
- het schoolprogramma De gezonde school en genotmiddelen (alcohol, drugs en tabak);
- het programma Veilige en Gezonde Horeca en Evenementen;
- de informatielijnen op het gebied van alcohol, drugs en tabak;
- het Nationaal Expertisecentrum Tabak (NET);
- het Landelijk Steunpunt Preventie.

De reden voor de verhoging van de middelen voor preventie van schadelijk middelengebruik in 2015 is dat ik meer inzet op het onderwerp veilige en gezonde horeca en evenementen, vooral waar het gaat om drugspreventie. Ook ben ik extra initiatieven gestart en heb ik een aantal extra onderzoeken laten uitvoeren, zoals onderzoek naar middelengebruik van jongeren op het MBO, HBO en WO. Een ander initiatief is ondersteuning van de campagne Celebrate Safe, een aanpak van de uitgaansbranche waarin de branche actief aan de slag gaat met voorlichting aan bezoekers over veilig feesten waarin drugs, alcohol, gehoorschade, veilig thuiskomen en seksuele gezondheid aan de orde komen.

Vraag 37:
Hoeveel moet de GGD en haar verschillende afdelingen bezuinigen en hoe gaan de GGD's deze bezuinigingen invullen? Kunt u zowel een bedrag als een percentage aangeven?

Antwoord 37:
Ik kan deze vraag niet beantwoorden. De gemeenten zijn eigenaar van de GGD'en en daarmee verantwoordelijk voor het financiële beleid en de keuzes die daarbinnen worden gemaakt. Controle vindt plaats door de gemeenteraden van de aangesloten gemeenten.

Vraag 38:
Hoeveel jongeren zijn afgelopen jaar opgenomen op een alcoholpoli? Wat is de ontwikkeling van deze cijfers over de afgelopen vijf jaar?

Antwoord 38:

Om een goed beeld te geven van het aantal minderjarige jongeren dat in 2014 is behandeld vanwege een alcoholvergiftiging integreert Veiligheid.nl de cijfers afkomstig van de afdelingen Spoed Eisende Hulp (SEH) en die uit het Nederlands Signaleringscentrum Kindergeneeskunde (NSCK). Deze cijfers zijn eind 2015 beschikbaar.

Uit de cijfers van het NSCK blijkt dat in 2014 783 minderjarige jongeren in één van de poliklinieken voor Jeugd en Alcohol zijn behandeld. De afgelopen vijf jaar zijn respectievelijk 684 (2010), 762 (2011), 706 (2012), 713 (2013) en 783 (2014) jongeren behandeld. Gemiddeld gaat het over deze jaren om 730 jongeren. Of het cijfer over 2014 een significante stijging betreft, valt nog niet te zeggen. Het is denkbaar dat ouders alerter zijn en sneller zorg inroepen bij een gespecialiseerde poli.

Het aantal jongeren dat in 2014 met een alcoholvergiftiging is beland bij de Spoed Eisende Hulp is eind 2015 bekend. De afgelopen jaren (2011, 2012 en 2013) schommelde het aantal jongeren tot 18 jaar rond de 1.400. Veiligheid.nl heeft in 2014 geconcludeerd dat het aantal jongeren is gestabiliseerd.

Vraag 39:
Wat is de gemiddelde leeftijd van jongeren die behandeld worden voor comazuipen?

Antwoord 39:
De gemiddelde leeftijd bedraagt 15,4 jaar (factsheet alcoholintoxicaties NSCK[2] 2015).

Vraag 40:
Wat zijn de omzet- en winstcijfers van de alcoholbranche?

Antwoord 40:
Ik beschik niet over de omzet- en winstcijfers van de alcoholbranche.

Vraag 41:
Wat zijn de omzet- en winstcijfers van de tabaksindustrie?

Antwoord 41:
Ik beschik niet over de omzet- en winstcijfers van de tabaksindustrie.

Vraag 42:
Hoeveel contacten zijn er in 2015 geweest tussen de tabaksindustrie en het Ministerie van VWS en waar gingen deze contacten over?

Antwoord 42:
Het afgelopen jaar heeft er geen overleg plaatsgevonden tussen ambtenaren van VWS en de tabaksindustrie. Wel is tweemaal gesproken met NSO, CBL en KHN over de nalevingcijfers van de leeftijdsgrens voor de verkoop van tabak.

Vertegenwoordigers van de industrie hebben enkele malen contact gezocht over de implementatie van de Tabaksproductenrichtlijn; hierbij zijn zij steeds verwezen naar openbare Kamerstukken en de internetconsultatie voor de algemene maatregel van bestuur. Op de website www.internetconsultatie.nl zijn de 39 openbare reacties op de internetconsultatie te vinden.

Vraag 43:

[2] Nederlandse vereniging voor Kindergeneeskunde

Wat is de voortgang van het Nationaal Programma Preventie? Hoeveel pledges zijn er inmiddels ondertekend? Welke partijen zijn er allemaal bij het NPP aangesloten? Welke bijdragen hebben de commerciële partijen gedaan aan het preventieonderzoek? Welke bedrijven waren dit?

Antwoord 43:
In het tweede jaar van het NPP «Alles is Gezondheid...» ligt de nadruk op het bevorderen van innovatie en samenwerking bij de aangesloten partijen als opmaat naar de structurele borging van effectieve activiteiten in het derde programmajaar. In januari 2016 informeer ik u hierover nader. Eind september van dit jaar zijn 236 pledges ondertekend. Daarmee hebben ruim 800 (maatschappelijke) organisaties zich direct of indirect verbonden aan het programma. Op de site www.allesisgezondheid.nl wordt actuele informatie gepubliceerd over de inhoud van de pledges en de organisaties die de pledges hebben ondertekend. De bijdragen die partijen leveren staan in de pledges. Dit zijn vooral in natura bijdragen, of doelstellingen en ambities die zijn geformuleerd en waarvoor partijen zich inspannen.

Vraag 44:
Hoe gaat u er in de bekostigingssystematiek voor huisartsen en wijkverpleging rekening mee houden dat e-health per 2016 vanzelfsprekend is?

Antwoord 44:
De inzet van eHealth is al een vanzelfsprekend onderdeel van de huisartsenbekostiging. De huisarts kan naar eigen inzicht, in overleg met de patiënt, bepalen op welke wijze hij de beste zorg kan verlenen. Anders dan veel huisartsen denken is het al mogelijk om een consult op afstand via videocommunicatie (beeldzorg) te declareren als een regulier consult. Daarnaast is het ook mogelijk om een e-mailconsult in rekening te brengen. Ook is het mogelijk om als huisarts een specialist te consulteren als het gewenst is om op afstand mee te kijken, waarmee onnodig doorverwijzen naar de tweede lijn kan worden voorkomen. Hiervoor is met ingang van 1 januari 2015 de prestatie «meekijkconsult» opgenomen in de nieuwe bekostiging van de huisartsenzorg. Tot slot is ook de prestatie eHealth geïntroduceerd als onderdeel van dit nieuwe bekostigingsmodel. Dit betreft een vrije prestatie waarbinnen de verzekeraar en de huisarts afspraken kunnen maken over bijvoorbeeld digitale behandelvormen of het inzetten op instrumenten voor het ondersteunen van zelfmanagement voor de patiënt.

De bekostiging voor de wijkverpleging is nog volop in transitie van een complexe systematiek met veel verschillende prestaties naar een eenvoudiger systeem met één of enkele prestaties. In deze transitie is het de inzet dat het lonend moet zijn om op een innovatieve manier zorg te leveren, als dit doelmatiger en beter voor de cliënt is. In 2016 wordt een betekenisvolle stap gezet door een extra beloning voor innovatieve zorg mogelijk te maken via de nieuwe prestatie «beloning op maat». Daarnaast is het in 2016 nog steeds mogelijk om voor het op afstand aanreiken van medicijnen (farmaceutische telezorg) of zorg op afstand via videocommunicatie (beeldzorg) een extra vergoeding te declareren in verband met een vermindering van de directe zorgcontacttijd. Per aangesloten patiënt die (onderdelen van) de prestatie persoonlijke verzorging in de vorm van farmaceutische telezorg geleverd krijgt, kan maximaal 2 uur en 30 minuten per maand tegen het afgesproken tarief persoonlijke verzorging worden gedeclareerd, voor beeldzorg betreft dit maximaal 4 uur. Dit kan alleen gedeclareerd worden wanneer hierover een overeenkomst is afgesloten tussen verzekeraar en aanbieder.

Vraag 45:

Welke stap gaat het kabinet nemen, zodat preventie meer aandacht krijgt behalve antibiotica-resistentie?

Antwoord 45:
Ons preventiebeleid omvat veel meer thema's dan antibioticaresistentie. Al jaren richten we ons op specifieke speerpunten zoals roken, overgewicht, alcohol, bewegen, diabetes en depressie. In de landelijke nota gezondheidsbeleid, die uw Kamer later dit jaar ontvangt, geven we aan welke stappen we op die thema's in de komende vier jaar willen gaan zetten. Ook geven we daarin aan hoe de inzet vanuit de zorg, de publieke gezondheid, maar ook vanuit onderwijs, werk en inkomen, wonen en leefomgeving elkaar kan versterken en bijdragen aan de integrale aanpak van gezondheid.

Vraag 46:
Hoeveel extra middelen worden er vrij gemaakt om E-health te bevorderen?

Antwoord 46:
Ten eerste willen we benadrukken eHealth als een regulier onderdeel van onze gezondheidszorg te beschouwen, het is een leveringswijze. Een belangrijke taak voor het bevorderen van eHealth is dan ook weggelegd voor zorgverzekeraars en gemeenten om bij het inkopen van zorg tot afspraken te komen die leiden tot een optimale inzet van eHealth.
Om de drie eHealth doelstellingen uit de eHealth brief van juli 2014[3] te bevorderen, is het VWS programma Innovatie & Zorgvernieuwing gestart. Hiervoor is in 2016 een bedrag van € 1,3 miljoen vrijgemaakt. In het Informatieberaad[4] maken veldpartijen en VWS afspraken over de noodzakelijke randvoorwaarden voor eHealth. VWS faciliteert de organisatie van het Informatieberaad middels het Regiebureau Informatievoorziening, hiervoor is in 2016 een bedrag van € 0,5 miljoen vrijgemaakt. Daarmee wordt in 2016 in totaal € 1,8 miljoen vrijgemaakt om eHealth te bevorderen.

Vraag 47:
Kan de Minister concreet aangeven welke stappen zij in 2016 wil gaan zetten om de zorguitgaven blijvend in de hand te houden?

Antwoord 47:
Ondanks de afvlakkende groei blijft de druk op de zorguitgaven groot. Verdere stappen zijn nodig om de zorg ook voor toekomstige generaties betaalbaar te houden. Gezamenlijk inspelen op toekomstige ontwikkelingen en uitdagingen staat hierbij het komende jaar centraal.
Het vertrouwen tussen zorgverleners, patiënten en cliënten, gemeenten en zorgverzekeraars moet de komende tijd worden vergroot om betere kwaliteit tegen lagere kosten te kunnen leveren. Het programma «Kwaliteit loont» blijft daarvoor ook in 2016 een belangrijk instrument. Gezamenlijke inzet op zinnige en zuinige zorg blijft cruciaal om de potentiële uitgavengroei door nieuwe technologie en wetenschappelijke ontwikkelingen in de hand te houden. Komend jaar komt er een nieuw geneesmiddelenbeleid gericht op kwaliteitsverbetering en kostenbeheersing, om ervoor te zorgen dat – dure maar gewenste – innovaties zoals personalised medicine niet ten koste gaan van de toegankelijkheid van de zorg. Innovaties zijn vaak kostenverlagend gebleken. Tegelijkertijd zijn (proces)innovaties ook een oplossing voor problemen van betaal-

---

[3] 2 juli 2014, TK 27 529, nr. 130
[4] In september 2014 is het Informatieberaad opgericht: een door VWS georganiseerd bestuurlijk overleg, dat ieder kwartaal bijeen komt. De volgende partijen zijn lid van het Informatieberaad: Actiz, FMS, GGZ NL, InEen, KNMP, LHV, NHG, NFU, NPCF, NVZ, VGN, VNG, VWS, ZN

baarheid en bemensing. Inzet op deze innovatie en het zien van de kansen en onderkennen van de risico's is cruciaal.

Vraag 48:
Hoe verklaart de Minister enerzijds haar inzet op Europees niveau om te komen tot zo snel mogelijke toegang van geneesmiddelen voor patiënten en anderzijds de sluis die deze toegang vertraagd?

Antwoord 48:
Mijn inzet op Europees niveau richt zich op snelle markttoelating van nieuwe geneesmiddelen met meerwaarde tegen maatschappelijk aanvaardbare prijzen en binnen houdbare zorguitgaven, ook op de lange termijn. Bij middelen met een uitzonderlijk hoge prijs en/of kostenbeslag acht ik het dan ook alleen maatschappelijk verantwoord deze tot het pakket toe te laten als er waarborgen zijn dat de uitgaven op een aanvaardbaar niveau blijven. Dit ook gelet op eerdere zorgen die zijn geuit door de sector over de betaalbaarheid en toegankelijkheid van dure geneesmiddelen.

Als fabrikanten een hoge prijs van de samenleving vragen verwacht de samenleving ook transparantie in de onderbouwing van die prijs. Daarnaast is het aan de orde om in deze situaties eisen te stellen aan onderzoek en registratie opdat de therapeutische meerwaarde en kosteneffectiviteit kunnen worden afgewogen.

Daarom heb ik het instrument van «de sluis» geïntroduceerd (TK 29 477, nr. 343). Normaliter stromen intramurale geneesmiddelen automatisch het pakket in, mits er sprake is van zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Met de sluis wijk ik voor bepaalde dure geneesmiddelen af van het principe van open instroom. Ik streef er juist naar om via deze maatregel het middel als verzekerde zorg zo snel mogelijk toegankelijk te maken en ook op de langere termijn toegankelijk te houden. Dat kan echter alleen als er sprake is van een aanvaardbare prijs en kostenbeslag.

Vraag 49:
Welke extra maatregelen worden genomen in de regio's met een dalend aantal inwoners en huishoudens dat de kwaliteit van zorg wordt behouden? Welke regio's zijn dit? Wanneer kan de Tweede Kamer hierover een brief ontvangen?

Antwoord 49:
In mijn brief van 6 maart 2015 (TK 29 247, nr. 200) heb ik uw Kamer geïnformeerd over de maatregelen die het kabinet neemt om de zorg in krimpgebieden te borgen. Nederland kent acht krimpregio's, te weten Parkstad Limburg, de Westelijke Mijnstreek en Maastricht-Mergelland, Achterhoek, Eemsdelta, Oost-Groningen, de Marne en Zeeuws Vlaanderen. Daarnaast zijn er ook 12 zogenoemde anticipeerregio's:
Oost-Drenthe, Noord- en Midden-Limburg, Krimpenerwaard, de Hoeksche Waard, Noordoost-Friesland, Noordwest-Friesland, Friese Waddeneilanden, Zuidoost Friesland, de Kop van Noord-Holland, Schouwen-Duiveland en Walcheren.
Naar aanleiding van het AO ziekenhuiszorg en krimpregio's van 21 mei 2015 is er een motie ingediend over het uitwerken van een definitie van basiszorg. U heeft mij verzocht voor de begrotingsbehandeling hierop te reageren in een voortgangsbrief over curatieve zorg in krimpregio's. Gezien de omvang van deze motie is er meer tijd nodig om overleg met het veld te voeren. Ik verwacht deze brief voor de jaarwisseling naar uw Kamer te sturen.

Vraag 50:
Wie indiceert – indien noodzakelijk – wijkverpleging in de thuissituatie als een persoon op dat moment in het ziekenhuis verblijft? Is dat de wijkverpleegkundige of de transferverpleegkundige van het betreffende ziekenhuis?

Antwoord 50:
De transferverpleegkundige bemiddelt tussen patiënt, mantelzorg en professionele zorg. Binnen de wettelijke mogelijkheden kan de transferverpleegkundige, indien nodig, hulp aanvragen. Dit kan ook wijkverpleging betreffen. De indicatiestelling zal te allen tijde door de wijkverpleegkundige plaatsvinden. Uit oogpunt van coördinatie en kwaliteit van zorg heeft een wijkverpleegkundige de mogelijkheid om een zorginhoudelijke inventarisatie te maken van de patiënt en zijn of haar situatie als voorbereiding op diens terugkeer naar de eigen omgeving op de plek waar de patiënt op dat moment verblijft. Dit kan daarmee ook in het ziekenhuis plaatsvinden.

Vraag 51:
Hoe wordt ervoor gezorgd dat de dienstapotheek in krimpregio's beschikbaar en betaalbaar blijft? Hoeveel extra middelen worden er vrij gemaakt om zorg in krimpregio's te behouden?

Antwoord 51:
Over de dienstapotheken ontvangt u op korte termijn een Kamerbrief.

Voor zorg in de krimpregio's in het algemeen staan geen aparte middelen op de begroting gereserveerd. Wel worden via de beschikbaarheidbijdragen voor spoedeisende hulp en acute verloskunde, die door de NZa worden toegekend, extra financiële middelen toegekend aan die ziekenhuizen die daarvoor in aanmerking komen.

Vraag 52:
Wat wordt bedoeld met scherper toezicht op fusies in de tweede lijn? Wat wil de regering hiermee bereiken?

Antwoord 52:
In het wetsvoorstel tot wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg in verband met herpositionering taken Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en deregulering zal het sectorspecifieke markttoezicht overgaan van de NZa naar de Autoriteit Consument en Markt (ACM). Door deze bundeling wordt het mededingingsinstrumentarium specifieker op de zorg toegesneden en wordt de personele capaciteit versterkt en uitgebreid, zodat het markttoezicht in de zorg wordt versterkt. Onderdeel van deze overheveling is dat de ACM de middelen krijgt om haar kennis van de zorgmarkt te verdiepen en uit te breiden door diepgaand onderzoek te verrichten naar mogelijke problemen. Hierdoor zal de ACM in staat zijn om haar rol als toezichthouder voortvarend op te pakken. De uitbreiding van capaciteit en kennis zal leiden tot een toezichthouder die maximaal in staat is om op te treden in het geval een concentratie tot mededingingsproblemen leidt. Er moet voor patiënten namelijk wel wat te kiezen overblijven. Hiermee wordt de toegankelijkheid en de mogelijkheid om als patiënt te kiezen tussen aanbieders gewaarborgd.

Vraag 53:
Hoeveel klachten zijn er bij de NZa en IGZ specifiek over zorgverzekeraars binnengekomen in 2012, 2013, 2014, en welke lessen worden getrokken voor komend jaar?

Antwoord 53:

Bij het meldpunt van de IGZ zijn in 2012, 2013, 2014 respectievelijk 7, 10 en 5 meldingen binnengekomen over zorgverzekeraars en zorgkantoren. Deze meldingen kunnen zowel klachten als signalen zijn. De meldingen hadden een diverse aard en gingen ondermeer over schending van privacy, de leesbaarheid van (jaar-)nota, het niet verlengen van een contract met een zorgaanbieder en het niet (meer) vergoeden van bepaalde geneesmiddelen (preferentiebeleid). Bij het Landelijk Meldpunt Zorg, dat nauw samenwerkt met de IGZ, zijn in 2014 129 klachten binnengekomen over «financiën» in de zorg. Daar zaten ook klachten over verzekeraars bij. In voorkomende gevallen verwijzen de IGZ en het Landelijk Meldpunt Zorg melders door naar de betreffende verzekeraar of de NZa.

Voor de NZa geldt dat zij in haar openbare factsheet «Signaaltoezicht over 2014» aangeeft dat er in 2012, 2013 en 2014 respectievelijk 182, 311 en 348 signalen binnen zijn gekomen over de ziektekostenverzekeraars. Voor de zorgkantoren zijn dat er respectievelijk 22, 5 en 32. Dit omvat zowel vragen, meldingen als klachten. Steeds vaker legt de NZa dergelijke signalen terug bij zorgverzekeraars.
In 2014 gingen wat betreft de ziektekostenverzekeraars de meeste signalen over transparantie (114) en zorgplicht (29). Binnen de NZa lopen meerdere projecten om transparantie in de zorg te verbeteren. Daarbij besteden zij ook veel aandacht aan de informatieverstrekking aan verzekerden en patiënten. De signalen over zorgplicht gebruikt de NZa als input voor het probleemoplossend toezicht. Als er veel signalen zijn over een bepaald onderwerp dan kan dat aanleiding zijn om nader onderzoek te doen.

Vraag 54:
De Staatssecretaris stelt dat de wijkverpleegkundige een belangrijke rol speelt in de buurt. Op welke manier is de wijkverpleegkundige verantwoordelijk voor de signalering van buurtaanpassingen om langer thuis wonen te faciliteren?

Antwoord 54:
De wijkverpleegkundige is de verbindende schakel in de buurt tussen zorgvragers en aanbieders binnen de domeinen van zorg, wonen en welzijn. De wijkverpleegkundige coördineert, regisseert, signaleert en acteert. Dit alles met als doel om mensen langer thuis te kunnen laten wonen. Het behoort dus tot de professie van de wijkverpleegkundige om signalering van eventuele noodzakelijke buurtaanpassingen te bespreken met samenwerkingspartners op de terreinen van wonen en welzijn. Dit kan onder meer binnen sociale wijkteams. In de laatste vijf jaar zijn er diverse mooie initiatieven ontwikkeld- bijvoorbeeld vanuit het landelijke innovatieprogramma Zichtbare schakel – om de spilfunctie van de wijkverpleegkundige vorm te geven.

Vraag 55
De wijkverpleegkundige speelt een belangrijke rol in de buurt. Op welke manier is de wijkverpleegkundige verantwoordelijk voor de signalering van buurtaanpassingen om langer thuis wonen te faciliteren?

Antwoord 55:
Zie het antwoord op vraag 54.

Vraag 56:
Hoe gaat u er voor zorgen dat er straks nog meer huisartspraktijken de beschikking hebben over een POH-Ggz?

Antwoord 56:

De POH-GGZ heeft meerwaarde voor zowel de huisartsenzorg als de geestelijke gezondheidszorg.
De inzet van de POH-GGZ wordt gestimuleerd, en met succes: uit NIVEL-onderzoek blijkt dat tussen 2010 en 2014 het percentage praktijken waar een POH-GGZ werkzaam is, gestegen is van 33% naar 88%.

Om te zorgen dat er voldoende POH's-GGZ beschikbaar zijn en blijven, is vorig jaar in het sectorplan huisartsenzorg aangekondigd dat medewerkers uit andere zorgsectoren voor de ondersteunende functies in de huisartsenzorg worden opgeleid, waaronder 250 POH's-GGZ. Dit traject is in volle gang.

Het is hierbij wel van belang om op te merken dat de functie van de POH-GGZ nog erg in ontwikkeling is: er is veel diversiteit in de problematiek die de POH-GGZ behandelt en ook de achtergrond van de professional die de functie bekleedt. De regering verwacht dan ook dat de beroepsgroep investeert in het vergroten van de aandacht voor het takenpakket en het functieprofiel van de POH-GGZ, om daarmee de kwaliteit van de zorg te waarborgen. Dat is ook van belang voor het helder krijgen van de taken en rol van de geestelijke gezondheidszorg binnen de huisartsenpraktijk, in het licht van de versterking van de samenwerking tussen de huisartsenzorg, de generalistische Basis-GGZ en gespecialiseerde ggz.

Vraag 57:
Wanneer komt de nieuwe nota van wijziging van de Wet verplichte ggz, waar door het veld zo naar gesmacht wordt, naar de Kamer? Hoe gaat u de praktijk in verplichte ggz in de tussentijd verbeteren?

Antwoord 57:
De tweede nota van wijziging is 4 september 2015 in consultatie gegaan. Na verwerking van de inbreng uit deze consultatie zal de tweede nota van wijziging worden aan geboden aan de Raad van State. Na verwerking van het advies van de Raad van State zal de tweede nota van wijziging worden aangeboden aan de Tweede Kamer. Dit zal naar verwachting begin 2016 gebeuren.
In de tussentijd wordt door betrokken partijen (ggz, Openbaar Ministerie en gemeenten) al gewerkt aan verbetering van de onderlinge samenwerking en afstemming, onder andere naar aanleiding van de adviezen van de Commissie Hoekstra.

Vraag 58:
Wanneer stuurt de regering het plan van aanpak voor verwarde personen op straat naar de Kamer? Welke concrete verbetering heeft de regering in de bestaande praktijk teweeg gebracht sinds het laatste AO ggz?

Antwoord 58:
- In mijn brief aan de Kamer van 30 juni 2015 (TK 25 424, nr. 279), heb ik aangekondigd dat uw Kamer vóór de begrotingsbehandeling een breed plan van aanpak voor de opvang van verwarde personen zal ontvangen. Op 3 september heb ik met de Minister van Veiligheid en Justitie en de VNG het aanjaagteam verwarde personen geïnstalleerd. Dit aanjaagteam is direct daarop aan de slag gegaan met het opstellen van een plan van aanpak. Hoewel het tijdpad krap is, is het streven om uw Kamer het plan van aanpak nog voor de begrotingsbehandeling te doen toekomen.
- Voordat concrete verbeteringen worden ingezet analyseert het aanjaagteam verwarde personen eerst samen met partijen welke problemen met prioriteit moeten worden aangepakt.

- Daarnaast start binnenkort het vervolgprogramma continuïteit van zorg. Opdrachtgevers zijn Zorgverzekeraars Nederland, de VNG, GGZ Nederland en de ministeries van VWS en VenJ. Het programma heeft tot doel continuïteit van zorg voor cliënten na afloop van een periode in de forensische zorg en/of detentie te realiseren.

Vraag 59
Hoe zorgt de regering dat de huishoudelijke hulp toelage ten goede komt aan thuiszorgaanbieders die handelen naar de Wet werk en zekerheid?

Antwoord 59:
Het college van B en W legt over de uitvoering van de huishoudelijke hulp toelage verantwoording af aan de gemeenteraad. Bij de uitvoering van de huishoudelijke hulp toelage is de gemeente gehouden aan de kaders van de Wmo 2015. Voor aanbieders die huishoudelijke hulp verlenen die voor een deel met inzet van de huishoudelijke hulp toelage wordt gefinancierd, geldt uiteraard ook dat zij gebonden zijn aan wet- en regelgeving, waaronder de Wet werk en zekerheid.

Met de inwerkingtreding van de Wet aanpak schijnconstructies is de verantwoordelijkheid van opdrachtgevers (in dit geval de gemeenten) voor het naleven van wet- en regelgeving door opdrachtnemers (in dit geval de aanbieders van huishoudelijke hulp) toegenomen. Hiermee is op basis van de geldende wet- en regelgeving de naleving van de Wet werk en zekerheid door aanbieders van huishoudelijke hulp in opzet voldoende gewaarborgd.

Vraag 60:
Op welke manier wilt u het gebruik van e-mental health verbeteren?

Antwoord 60:
In 2015 heb ik het Trimbos-instituut opdracht gegeven voor een project «ondersteuning opschaling e-mental health in de huisartsvoorziening». Het project voorziet in de ontwikkeling van een aantal producten en diensten dat de daadwerkelijke opschaling kan ondersteunen. In samenwerking met het NHG en InEen wordt onder andere een overzicht van goede e-mental health interventies gemaakt. Daarnaast wordt gewerkt aan een handreiking voor de implementatie, e-learning modules voor de training van POH'ers en huisartsen. Tot slot zullen eind 2015 ook bijeenkomsten georganiseerd worden die bijdragen aan kennisdeling.

In het kader van bestuurlijke akkoorden ggz is eind 2014 een handreiking adviezen voor opschaling van eHealth in de ggz gelanceerd. Momenteel wordt door de sector gewerkt aan een follow-up om te komen tot de volgende generatie businessmodellen in de ggz. Ik zal met de Staatssecretaris een voortgangsbrief eHealth en zorgverbetering naar de Kamer sturen, waarin wij nadere uitwerking geven aan hoe de overheid innovatie en zorgvernieuwing verder wil faciliteren. Het is onze ambitie om de initiatieven van veldpartijen te ondersteunen en een gezamenlijk versnellingsplan voor e-mental health op te stellen. Een gezamenlijke focus en doelstelling, zoals deze ook de basis vormen van de tripartiete coöperatie Zelfzorg Ondersteund! is, is naar onze visie ook een kansrijke succesfactor voor de ggz.

Vraag 61:
E-mental health kan de kwaliteit van leven van mensen met psychische klachten aantoonbaar verbeteren. Deze vorm van zorg wordt nog onvoldoende benut. Is met concrete doelstellingen inzichtelijk te maken welke acties worden ondernomen om deze vorm van zorg beter te benutten?

Antwoord 61:
In mijn antwoord op vraag 60 geef ik aan welke concrete acties ik onderneem om de toepassing van e-mental health te bevorderen. Doel daarbij is dat de inzet van e-mental health interventies voor meer zelfmanagement en empowerment van de patiënt in de toekomst gemeengoed moet zijn.

Voor 2016 zie ik in de zorginkoop van verzekeraars concrete doelstellingen terug. Zo stelt zorgverzekeraar CZ dat in 20% van de behandeltrajecten een online behandelprogramma moet zijn ingezet om in aanmerking te komen voor een hoger tarief. Menzis heeft opgenomen dat bij minimaal 30% van de behandelingen van angst en depressie gebruik gemaakt moet worden van eHealth. Achmea werkt met een keurmerk waarvan eHealth een onderdeel is: de behandelaar dient bewuste overweging te maken of eHealth ingezet kan worden. Ook VGZ koppelt de implementatie van e-mental health aan een hoger tarief, waarbij geen eisen gesteld worden aan een specifieke toepassing e-mental health.

Wat de concrete doelstellingen uit het zorginkoop beleid gemeen hebben is dat eisen gesteld worden aan een (minimum) gebruik of bewuste overweging over de inzet van e-mental health. Dit moet de opschaling van gemengde zorg stimuleren. Daarbij vind ik het van belang dat verbetering van kwaliteit en doelmatigheid het leidmotief is en de patiënt centraal staat.

Vraag 62:
In de nieuwe wet verplichte GGZ krijgen familieleden en andere direct betrokkenen een veel prominentere rol. Wat gaat dit betekenen voor de positie en ondersteuning die gegeven wordt door de familievertrouwenspersonen die actief zijn binnen de GGZ?

Antwoord 62:
De familievertrouwenspersoon krijgt in de Wet verplichte GGZ een wettelijke verankering. In deze wet worden onder meer zijn taken en bevoegdheden geregeld, alsmede zijn positionering. De financiering van de familievertrouwenspersonen is van oorsprong geënt op de activiteiten op dit terrein ten behoeve van familie van cliënten/patiënten die opgenomen zijn in een ggz-instelling.

Het ligt in de rede om aan te sluiten bij de ambulantisering en daarmee ook familievertrouwenswerk mee te nemen ten behoeve van patiënten/cliënten die in ambulante zorg zijn. Ook op grond van de Wet verplichte GGZ kunnen cliënten die verplichte zorg ontvangen straks ambulant zijn. Ik ben hierover in gesprek met de Landelijke Stichting Familie Vertrouwenspersonen (LSFVP).

Vraag 63:
Hoeveel bedden in de GGZ in totaal zijn er sinds het aantreden van het kabinet Rutte I en II verdwenen, dus hoeveel intensief beschermd wonen (IBW)-bedden, hoeveel klinische bedden, crisisbedden, bedden in de verslavingszorg, bedden in de vrouwenopvang en bedden in de kinder- en jeugd-GGZ zijn er geschrapt?

Antwoord 63:
Het rapport Landelijke Monitor Intramurale GGZ (LMIG) van het Trimbos-instituut heeft het aantal bedden in de ggz in kaart gebracht, inclusief verslavingszorg en beschermd wonen. Deze monitor geeft inzicht in de ontwikkeling over de periode 2008–2013 (daarbij is in dit onderdeel niet ingezoomd op de specifieke bedden verslavingszorg, kinder- en jeugdpsychiatrie en crisisbedden). Uit deze monitor blijkt dat de omvang van de

Zvw- en AWBZ-gefinancierde intramurale ggz-capaciteit tussen 2012 en 2013 afnam met drie procent.

De afname was het sterkst bij de Zvw-gefinancierde capaciteit (afname van zeven%). De omvang van de capaciteit van het voortgezet verblijf is afgenomen met vier procent. De totale omvang van het beschermd wonen bleef stabiel. De beschermd wonen capaciteit nam bij de geïntegreerde instellingen af met vier procent, bij de RIBW's nam de beschermd wonen capaciteit toe met twee procent.

Het aantal bedden/plaatsen in de vrouwenopvang is onbekend. Navraag bij de Federatie Opvang leert dat er ongeveer 200 opvanglocaties zijn (2013).

Vraag 64:
U schrijft dat het GGZ samen met politie, justitie, gemeenten en andere betrokken instanties samen gaan werken om overlast van verwarde mensen aan te pakken. Kunt u aangeven waar dit voornemen in uw begroting terugkomt?

Antwoord 64:
Op 3 september heb ik samen met de Minister van Veiligheid en Justitie en de VNG, het aanjaagteam verwarde personen geïnstalleerd. Het aanjaagteam geeft aan dat zij – zo kort na installatie – nog geen uitgewerkte begroting kan presenteren bij het plan van aanpak. Pas nadat de grootste knelpunten in beeld zijn gebracht en de noodzakelijke verbeteracties zijn bepaald, kan een inschatting worden gemaakt van de mogelijke kosten die aan deze verbeteracties zijn verbonden. Indien deze optreden, dan worden deze bij de komende voorjaarsbesluitvorming betrokken.

Vraag 65:
De Minister stelt in haar beleidsagenda dat de POH GGZ van grote waarde is. Is de Minister bereid hier dan ook financiële middelen voor vrij te maken? Kan een toelichting worden gegeven?

Antwoord 65:
Met het oog op de gewenste groei van het aantal POH's-GGZ is er in de jaren 2010 t/m 2015 extra budget structureel toegevoegd aan het kader huisartsenzorg, mede conform de afspraken in het convenant huisartsenzorg 2012/2013 (TK 29 247, nr. 176). In het bestuurlijk akkoord eerste lijn 2014 tot en met 2017 (TK 29 248, nr. 257) zijn afspraken gemaakt over de toegestane volumegroei binnen de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. De POH-GGZ maakt onderdeel uit van deze afspraken. In de toekomstagenda GGZ, waaraan op dit moment door het veld gewerkt wordt, zal analoog aan de afspraken tussen de medisch-specialistische zorg, huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg het uitgangspunt worden opgenomen dat budget de zorg volgt.
Als zorg voor patiënten verschuift van de curatieve GGZ naar de huisartsenzorg, en vice versa, zullen de budgetten deze verschuiving moeten volgen.

Vraag 66:
Wat zijn de concrete doelen voor E-mental health in 2016? Wanneer wordt deze mogelijkheid volgens de regering voldoende benut? Is hier een aantal gebruikers of anderszins een beoogd resultaat aan te koppelen?

Antwoord 66:
Voor mijn antwoord op de vraag naar concrete doelen verwijs ik naar de antwoorden op de vragen 60 en 61. Hieraan zijn geen aantallen gebruikers gekoppeld.

Momenteel is nog geen sprake van breed gebruik van e-mental health. De eHealth-monitor 2015 meldt dat ongeveer één op de drie psychiaters de mogelijkheid biedt om via internet een vraag te stellen over psychische problemen. Via internet een behandeling volgen in combinatie met offline face-to-face contacten is bij drie op de tien van de psychiaters mogelijk. Meer dan een derde van de huisartsen en bijna twee derde van de psychiaters gaf aan dat er in het afgelopen jaar een pilot was geweest. Daarbij werd e-mental health veel als voorbeeld genoemd. Er is nog geen brede opschaling maar toch meldt innovatiebureau e-hulp dat ruim een kwart miljoen mensen al online hulp krijgt bij psychische klachten.
De zorginkoop van zorgverzekeraars zal bredere opschaling stimuleren, maar ik constateer ook dat de zorgprofessional nog onvoldoende opgeleid is voor zijn nieuwe rol bij dit soort gemengde behandelingen, waarbij face-to-face contact en online hulpprogramma's worden gecombineerd. Voor bredere opschaling zal daarom ook hard gewerkt moeten worden aan aspecten als bekendheid en opleiding.

Vraag 67:
Welke maatregelen wilt u nemen om het sportbestel slagvaardiger te maken? Wie maakt deel uit van het sportbestel?

Antwoord 67:
Met de term «sportbestel» doel ik op het samenwerkende netwerk van organisaties die een rol hebben bij de beleidsvorming en beleidsuitvoering van het sportbeleid van de rijksoverheid. Er bestaat geen wettelijk kader waaruit de verantwoordelijkheid voor sportbeoefening voortvloeit. Op lokaal, regionaal, provinciaal en landelijk niveau hebben organisaties een stimulerende rol, scheppen randvoorwaarden, financieren of nemen op specifieke thema's in de sport de regie. Belangrijke partners zijn de gemeenten, NOC*NSF en haar sportbonden en verenigingen, NWO, ZonMw, Technologiestichting STW, het RIVM, het Mulier Instituut, VeiligheidNL en de Anti-Doping Autoriteit Nederland.

Samen met de partners zetten we ons continu in voor het verbeteren van de slagvaardigheid. In 2016 zal ingezet worden op het verhogen van het rendement van kennis en innovatie in de sport door het gebruiksvriendelijker en efficiënter ontsluiten van kennis via het Kenniscentrum Sport i.o., start een nieuw programma sportblessurepreventie en wordt er een extra impuls gegeven aan de bestrijding van dopinggebruik in de sport.

Met de collega's van Financiën en Veiligheid en Justitie zorg ik voor borging van de maatschappelijke afdrachten – onder meer aan de sport – uit de opbrengsten van de Loterijen. In 2016 zal ook de beleidsdoorlichting sport plaatsvinden en ontwikkelen het SCP en het RIVM de Sport Toekomst Verkenning. De resultaten hiervan kunnen benut worden bij de vorming van toekomstig sportbeleid met het oog op de gewenste slagvaardigheid.

Vraag 68:
Hoeveel extra middelen worden er ingezet om ouderen met een zorgzwaartepakket 4 in de Wet Langdurige zorg te laten en kan de regering enkele afbakeningsproblemen noemen?

Antwoord 68:
Om ouderen met een zorgzwaartepakket 4 (zzp4) in de Wlz te laten, zijn bij de Voorjaarsnota 2015 extra middelen vrijgemaakt. Het gaat hierbij om een bedrag van € 57 miljoen in 2016 oplopend tot € 274 miljoen structureel vanaf 2018.

Een voorwaarde om toegang te kunnen krijgen tot zorg in de Wlz is dat de cliënt behoefte heeft aan permanent toezicht en/of voordurende zorg in de nabijheid. Dit leverde afbakeningsvragen bij zzp4. Het gaat er dan om welk deel van de cliënten met een zzp4 zal voldoen aan deze toegangscriteria en welk deel niet. Met de toevoeging van de extra middelen aan het Wlz-kader is het mogelijk om alle cliënten met een indicatie voor V&V4 toegang te verlenen tot de Wlz. Daarmee zijn de mogelijke afbakenings-problemen opgelost.

Vraag 69:
De hervormingen in de jeugdhulp leiden tot voordelen voor cliënten en hun naasten. Welke voordelen zijn dit?

Antwoord 69:
De decentralisatie van de zorg voor jeugd is geen doel op zich, maar een middel om tot kwalitatief betere ondersteuning, hulp en zorg te komen dichterbij de jeugdigen en ouders die daarop zijn aangewezen. Landelijk meetbare effecten zullen pas op langere termijn zichtbaar worden. Met de decentralisatie naar gemeenten zijn daarvoor echter wel de noodzakelijke bestuurlijke en financiële randvoorwaarden gecreëerd.
De evaluatie van de Wet op de jeugdzorg[5] en de analyse van de parlementaire werkgroep
Toekomstverkenning Jeugdzorg[6] brachten belangrijke tekortkomingen van het oude jeugdstelsel aan het licht:

- financiële prikkels werkten richting dure gespecialiseerde zorg;
- tekortschietende samenwerking rond kinderen en gezinnen;
- afwijkend gedrag werd onnodig gemedicaliseerd;
- het kosten opdrijvend effect als afgeleide van deze knelpunten.

Deze tekortkomingen van het oude stelsel vormden de aanleiding voor de stelselherziening.

Wat moeten ouders en kinderen van de stelselherziening gaan merken? Gemeenten, jeugdhulpaanbieders, gecertificeerde instellingen en Veilig Thuis organisaties zijn binnen het nieuwe wettelijke kader volop bezig met een vernieuwingsproces. Om dat proces richting te geven, is een Vernieuwingsagenda opgesteld. De veranderopgaven zijn geformuleerd in lijn met de doelen van de Jeugdwet en zijn in het kort:

- het kind centraal;
- integrale hulp dichtbij kinderen en ouders;
- vernieuwing van de toegang, tijdige inzet van specialistische hulp en de overgangsproblematiek rond het achttiende levensjaar;
- vernieuwing van de jeugdbescherming en jeugdreclassering;
- betere verbinding tussen jeugdhulp en (passend) onderwijs;
- meer ruimte voor professionals: het terugdringen van de ervaren regeldruk en het gebruik van outcomecriteria.

Het nieuwe jeugdstelsel biedt zo de basis voor de inzet van de juiste en tijdige ondersteuning, hulp en zorg voor jeugdigen en hun ouders.

Vraag 70:
Hoe zorgt de regering ervoor dat cliënten zeggenschap hebben over het extra budget voor dagbesteding in verpleeghuizen? Hoe zorgt de regering ervoor dat dit geld kan worden ingezet met zo min mogelijk bureaucratie?

Antwoord 70:
Zoals aangekondigd in het plan Waardigheid en Trots moet de kwaliteit van zorg in verpleeghuizen omhoog en beter aansluiten op de wensen,

---

[5] Evaluatieonderzoek Wet op de jeugdzorg, BMC: 2009 (TK, 32 202, nr. 1).
[6] Parlementaire Werkgroep Toekomstverkenning, Jeugdzorg, Jeugdzorg dichterbij (TK 32 296, nr. 7).

behoeften en mogelijkheden van de cliënt. Daarbij wordt de positie van cliëntenraden versterkt. Om zeker te stellen dat het extra budget voor dagbesteding ook wordt ingezet zoals bedoeld, zal ik de komende periode afspraken maken met de zorgkantoren en zorgaanbieders. Zeggenschap van cliënten is daarbij uitgangspunt. Daarna zal ik bekend maken op welke wijze deze extra middelen beschikbaar worden gesteld. Uitgangspunt daarbij is om de resultaten te kunnen monitoren met zo min mogelijke bureaucratische belasting.

Vraag 71:
Hoe zorgt de regering ervoor dat zorgverleners in het verpleeghuis zeggenschap krijgen over de besteding van het extra budget voor her- en bijscholing? Hoe zorgt de regering ervoor dat dit geld kan worden ingezet met zo min mogelijk bureaucratie?

Antwoord 71:
Er zijn verschillende mogelijkheden om zorgverleners zeggenschap te geven over het extra budget. Te denken valt aan instemming van de ondernemingsraad en/of VAR (Verpleegkundige en verzorgende Adviesraad) bij het opleidingsplan. Zie ook het antwoord op vraag 70.

Vraag 72:
Op welke wijze draagt de nieuwe bekostiging voor wijkverpleging bij aan vermindering van de regeldruk?

Antwoord 72
De wijkverpleegkundige bepaalt op basis van haar professioneel handelen welke inzet van zorg nodig en gepast is. De nieuwe bekostiging moet daarop aansluiten, waardoor administratieve lasten worden teruggedrongen. In het nieuwe model worden op basis van de gegevens die de wijkverpleegkundige sowieso behoort vast te leggen vanuit haar professionele rol, één of enkele zorgprestaties afgeleid. Hiertoe kunnen de in de praktijk gebruikte classificatiesystemen, die wijkverpleegkundigen ondersteunen bij het stellen van de diagnose, behulpzaam zijn. Uitgangspunt is dat er niet meer gegevens worden vastgelegd dan die nu ook al in classificatiesystemen worden geregistreerd.

Vraag 73:
Wat wordt bedoeld met merkbaar minder regeldruk? Wat zijn de streefwaarden en hoe wordt dit gemeten? Zijn er consequenties aan verbonden als de vermindering van regeldruk of bureaucratie niet gehaald wordt?

Antwoord 73:
De aanpak om te komen tot merkbaar minder regeldruk is erop gericht dat zorgprofessionals in de praktijk merken dat de administratieve lasten verminderen. Zo houden zij meer tijd over voor goede zorg aan de patiënt. De aanpak bestaat uit vier onderdelen te weten:
1. slimmer samenwerken;
2. valide regels zo eenvoudig mogelijk maken;
3. overbodige regels waarvan het doel is achterhaald te schrappen;
4. bij nieuwe regels goed te kijken of het doel in verhouding staat tot toename van de regeldruk.

Zoals ook in de Kamerbrief «Merkbaar minder regeldruk» aangegeven is de afgelopen periode steeds meer op meting van prestaties ingezet: vertrouwen lijkt steeds afhankelijker te worden van te meten prestatie. Dit heeft geleid tot een steeds verdergaande stapeling van toezicht, dubbele controles en de behoefte om alles tot in detail te willen weten, zonder dat

dit altijd bijdraagt aan het uiteindelijke doel: inzicht in en het aanbieden van kwalitatief goede, betaalbare en bereikbare zorg voor de patiënt en cliënt.

Voor de aanpak van regeldruk hanteert het kabinet het streefcijfer om de regeldruk voor bedrijven, burgers en professionals in de periode 2012-2017 structureel met € 2,5 miljard te verlagen. Zo is de lastendruk door verschillende maatregelen van VWS tot nu toe met zo'n € 180 miljoen afgenomen. Een belangrijke les is echter dat de uitvoerende partijen de genomen maatregelen niet altijd als een lastenvermindering ervaren hebben. Dit onder meer doordat de regeldruk wordt afgemeten aan overheidsregulering maar dat de regeldruk maar in beperkte mate door overheidsregulering wordt veroorzaakt, maar door meerdere factoren. Bijvoorbeeld door de informatie uitvraag door verschillende partijen en organisaties buiten de eigen zorginstelling en uitvraag, processen en procedures binnen de eigen zorginstelling. Om een meer gespecificeerde duiding te krijgen van de administratieve lasten die gemaakt worden door zorgverleners dan mogelijk is op basis van de huidig beschikbare data zou bij hen extra gegevensuitvraag moeten worden gedaan. Dit zou in zichzelf al een verdere stijging van de administratieve lasten met zich meebrengen. Ik ben dan ook niet voornemens hiertoe nieuwe verplichtingen op te leggen.

Voor een succesvolle aanpak vind ik het belangrijk dat niet alleen VWS, maar alle organisaties die actief zijn in de zorg, op dit vertrouwen inzetten. Iedere organisatie zou zich zelf moeten afvragen: «Wat doe ik waardoor een ander regeldruk ervaart?» en «Wat ga ik doen om de ervaren regeldruk te verminderen?». Dit heeft bijvoorbeeld recent al tot mooie resultaten geleid bij de huisartsen en ik zet mij er voor in om vergelijkbare resultaten ook in andere zorgsectoren te behalen.

Vraag 74:
Is volgens dit kabinet de regeldruk al verminderd onder jeugdzorgwerkers? Met hoeveel en hoe is dit gemeten

Antwoord 74:
De regeldruk wordt niet op landelijk niveau gemeten. Overigens laten diverse goede voorbeelden zien dat in het nieuwe jeugdstelsel zorgprofessionals een vermindering van regeldruk ervaren.
Aan de andere kant levert het declaratie- en verantwoordingsverkeer tussen instellingen en gemeenten vaak een hogere ervaren regeldruk op. Om deze lastendruk te verminderen wordt door VNG/gemeenten en branches/zorgaanbieders de Werkagenda administratie en ICT Wmo en Jeugdwet uitgevoerd.

Vraag 75:
Wat is de voortgang van «het jaar van de transparantie» op de afzonderlijke punten?

Antwoord 75:
Over de voortgang van het Jaar van de transparantie stuur ik u voor de behandeling van de begroting een aparte brief.

Vraag 76:
Wat is het beleid ten aanzien van health checks, medische apps, screening en thuisdiagnostiek? Hoe verhoudt zich dit tot het beleid van zinnige en zuinige zorg?

Antwoord 76:

Zoals ook de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (voorheen de Raad voor Volksgezondheid en Zorg) in zijn recent uitgebrachte advies over consumenten e-health beschrijft[7], komen er steeds meer toepassingen voor mensen beschikbaar, die hen helpen beter zicht te krijgen op hun eigen gezondheid.

Zoals verwoord in de brief over e-health en zorgverbetering (TK 27 529, nr. 130), en de op 8 oktober 2015 verstuurde voortgangsrapportage van deze brief (TK 27 529, nr. 134), is het van belang dat deze toepassingen in de zorg kunnen worden ingezet wanneer mensen en medisch professionals dit zinvol vinden. Wij richten ons beleid erop dat het dan ook mogelijk is, door de ambities die wij geformuleerd hebben op het gebied van informatiedeling, zelfmeting en telemonitoring en zorg op afstand (beeldzorg).

Het is verder aan de beroepsgroepen- en patiëntenorganisaties om zowel professionals als patiënten nader te informeren over welke toepassingen voor hen nuttig kunnen zijn.

Als de toepassingen op een goede manier worden ingezet, kunnen deze bijdragen aan zinnige en zuinige zorg, doordat mensen beter voor zichzelf kunnen zorgen, meer inzicht krijgen op het effect van hun eigen gedrag op hun gezondheid en doordat de zorg wordt geleverd op het moment dat het nodig is in plaats van dat het ingepland is.

Op 6 oktober heb ik aan uw Kamer de brief «Standpunt Health Checks» gestuurd (TK 32 793, nr 199), waarin ik inga op het beleid ten aanzien van health checks en screening, breder dan medische apps en thuisdiagnostiek.

Vraag 77:
Houdt het geneesmiddelenbeleid ook rekening met de jaarlijkse groei van het aantal kankerpatiënten? Met welk percentage groeide het aantal kankerpatiënten de afgelopen 5 jaar? Met welk percentage groeide het budget voor oncologische geneesmiddelen en met welk percentage groeide het totale budget dure geneesmiddelen?

Antwoord 77:
Bij de vormgeving van het geneesmiddelenbeleid wordt rekening gehouden met verschillende ontwikkelingen, waarbij het doel is de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg te borgen. Dit geldt voor de oncologie, maar ook voor andere specialismen. Zoals toegezegd in het AO geneesmiddelenbeleid van 25 maart jl. kom ik eind 2015 met een nieuwe visie geneesmiddelenbeleid (in Europees perspectief).

Op basis van gegevens van Integraal Kankercentrum Nederland (www.cijfersoverkanker.nl) is het aantal nieuwe kankerpatiënten tussen 2010 en 2014 toegenomen van 97.604 tot 103.911 (2014 is een voorlopig cijfer), een totale stijging van 6,5% in die periode. Het totaal aantal personen in Nederland dat kanker heeft of heeft gehad bedroeg in 2011 434.506 en in 2013 468.939.

De oncologische geneesmiddelen vallen onder het financiële kader voor medisch-specialistische zorg. Er is binnen het financiële kader medisch-specialistische zorg en binnen het financiële kader voor extramurale farmaceutische zorg geen «budget voor oncologische of dure geneesmiddelen». Dergelijke uitgaven dienen binnen de kaders te worden

[7] http://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Advies_Consumenten_eHealth.pdf

opgevangen. Overigens, er zijn in 2013 voor circa € 150 miljoen aan oncologische geneesmiddelen overgeheveld van het kader extramurale farmaceutische zorg naar het kader medisch specialistische zorg. Aan het kader medisch-specialistische zorg zijn de financiële middelen en de met het veld afgestemde groeipercentages toegevoegd (gemiddeld +15% per jaar in 2013-2014-2015).

Vraag 78:
Hoe voorkomt de regering dat het geneesmiddelenbeleid gericht op kostenbeheersing leidt tot vertraging of zelfs geen toegang tot beschikbare behandelingen voor patiënten en/of postcodegeneeskunde?

Antwoord 78:
Het zorgbudget is niet oneindig. Het is van belang om ook op de lange termijn ervoor te zorgen dat de zorguitgaven houdbaar zijn. Specifiek voor geneesmiddelen geldt dat we een ontwikkeling zien dat er steeds duurdere geneesmiddelen op de markt komen, waarbij in sommige gevallen het de vraag is in hoeverre er sprake is van maatschappelijk verantwoorde geneesmiddelenprijzen.
Bij middelen met een uitzonderlijk hoge prijs en/of kostenbeslag acht ik het dan ook alleen maatschappelijk verantwoord deze tot het pakket toe te laten als er waarborgen zijn dat de uitgaven zich op een aanvaardbaar niveau bevinden. Dit ook gelet op eerdere zorgen die zijn geuit door de sector over de betaalbaarheid en toegankelijkheid van dure geneesmiddelen.

Daarom heb ik het instrument van «de sluis» geïntroduceerd (TK 29 477, nr. 343). Zie hiervoor mijn antwoord op vraag 48.

Voor de geneesmiddelen die onderdeel uitmaken van het basispakket geldt dat patiënten die hiervoor een medische indicatie hebben, recht hebben op behandeling met het betreffende geneesmiddel. Zorgverzekeraars hebben voor deze zorg een zorgplicht. Zij moeten ervoor zorgen dat verzekerden zorg of vergoeding van zorg krijgen als zij daar recht op hebben. Daarnaast moeten aanbieders in principe zorg verlenen conform richtlijnen. Het kan dus niet zo zijn dat een patiënt geen toegang heeft tot bepaalde zorg terwijl die wel onderdeel uitmaakt van het basispakket van de Zorgverzekeringswet. Wel kan het zijn dat deze medisch specialistische zorg geconcentreerd is in bepaalde ziekenhuizen uit het oogpunt van kwaliteit. De woonplaats van de patiënt speelt hierbij geen rol. Er kan dus geen sprake zijn van postcodegeneeskunde.

Vraag 79:
Kunt u een overzicht geven van de gemiddelde ontwikkeltijd (time to market) van een geneesmiddel over de periode 1970–2014? Kunt u een overzicht geven van de wet- en regelgeving die heeft bijgedragen aan de groei van de gemiddelde ontwikkeltijd?

Antwoord 79:
Ik beschik niet over de gegevens om een dergelijk overzicht te kunnen opstellen. Er bestaat ook geen eenduidige definitie van «time to market». Wel kan in algemene zin geconstateerd worden dat de time to market mede bepaald wordt door wet- en regelgeving gericht op veiligheid en werkzaamheid van geneesmiddelen.

Vraag 80:
Wanneer verwacht u het nieuwe geneesmiddelenbeleid (lange termijn visie) naar de Kamer te kunnen sturen?

Antwoord 80:

Ik verwacht dit te kunnen doen vóór het komende Kerstreces.

Vraag 81:
Op welke wijze worden zorgaanbieders gestimuleerd om «open te zijn over incidenten en klachten»? Welk beleid zal hen hiertoe bewegen?

Antwoord 81:
Op 6 oktober 2015 heeft de Eerste Kamer ingestemd met het wetsvoorstel voor de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). In deze nieuwe wet staat wat goede zorg inhoudt en hoe klachten laagdrempelig kunnen worden aangepakt en afgehandeld. Openheid over, en het leren op de werkvloer van incidenten en klachten, vormt de basisgedachte achter deze wet. De wet draagt op verschillende manieren bij aan een open cultuur. Bijvoorbeeld door een systeem van veilig incidenten melden, waardoor zorgaanbieders op een veilige manier onbedoelde gebeurtenissen en fouten kunnen melden en evalueren ter verbetering van de kwaliteit van zorg. Denk onder meer aan onhandige procedures die het risico op het maken van fouten groter maken of medische technologie die niet goed wordt toegepast. Bovendien bevat de wet een geheimhoudingsplicht voor betrokken medewerkers bij de procedures van het veilig incident melden en de klachtenprocedures. De geheimhoudingsplicht waarborgt dat informatie uit die procedures niet aan anderen wordt verstrekt, hetgeen bijdraagt aan de gewenste veiligheid.

Tot slot noem ik de introductie van een klachtenfunctionaris. De praktijk wijst uit dat een goed open gesprek tussen de cliënt en de zorgverlener of bemiddeling het beste werkt. Een zorgaanbieder kan een beroep doen op de klachtenfunctionaris die een dergelijk gesprek kan bevorderen om klachten snel tot acceptabele oplossingen te brengen.

Vraag 82:
Kunt u een uitsplitsing maken van het deel van de kostenstijging van de zorg in Caribisch Nederland die niet door de valutaeffecten wordt veroorzaakt? Welke oorzaken liggen ten grondslag aan de stijging van de zorgkosten welke niet veroorzaakt zijn door de valutaschommelingen?

Antwoord 82:
De kostenstijging van € 20 miljoen wordt voor € 10 miljoen veroorzaakt door de duurdere dollar (wisselkoers dollar/euro gaat van 1:1,25 naar 1:1,13) en voor € 10 miljoen door een toename van de zorguitgaven.

Voor de uitgaven van het ziekenhuis op Bonaire is in de meerjarenraming opgenomen dat zij zouden dalen, dit omdat werd verondersteld dat de inhaalslag die wordt gemaakt, in omvang zou afnemen. In 2014 is deze daling echter niet gerealiseerd. De verwachting is nu dat deze in de komende jaren ook niet zal worden gerealiseerd. Dat levert een tegenvaller op van ongeveer € 5 miljoen.

Met het oog op de verbeterslag in de zorg die op de drie eilanden plaatsvindt, is er van uit gegaan dat er een forse daling van het aantal medische uitzendingen (MU's) zou plaatsvinden. Daar is in de meerjarenramingen ook van uit gegaan. Deze daling is ondertussen in aantallen MU's wel zichtbaar, maar in financiële termen nog niet. Dat levert een tegenvaller op van ongeveer € 3 miljoen.

De Stichting Verslavingszorg en Psychiatrie Caribisch Nederland (SVP-CN) die bezig is met het opzetten van de psychiatrische en verslavingszorg heeft daarvoor € 1 miljoen meer nodig. Dat levert een tegenvaller op van ongeveer € 1 miljoen.

Op een aantal andere kleinere posten is de raming opgeteld met circa € 1 miljoen overschreden.

Vraag 83:
Welke beleidsmaatregelen zijn er getroffen om te zorgen dat de 80 miljoen euro bestemd om specialisten in loondienst te nemen, in 2016 en 2017 niet opnieuw op de plank blijven liggen?
Hoeveel specialisten hebben zich gemeld om in loondienst te treden met een beroep op de subsidieregeling?

Antwoord 83:
Vanuit de middelen die op grond van het bestuurlijk akkoord MSZ meerjarig zijn gereserveerd voor de overgang naar integrale tarieven is in de begroting 2015 € 125 miljoen gereserveerd voor een subsidieregeling. Deze regeling beoogde het loondienstmodel een reële keuzemogelijkheid te maken. Op grond van de ingediende subsidieaanvragen is de raming bij eerste suppletoire begroting 2015 verlaagd naar € 45 miljoen. De resterende middelen zijn doorgeschoven naar 2016 en 2017 om een eventuele verlenging van de regeling mogelijk te maken. Uiteindelijk hebben 449 medisch specialisten aanspraak kunnen maken op de subsidieregeling van 2015. Het is daarmee duidelijk dat de subsidiere-geling in een behoefte voorzag. Voor het jaar 2016 werk ik momenteel aan een nieuwe regeling. Ik ben voornemens deze regeling dit najaar te publiceren.

Vraag 84
Welke concrete doelen zijn er bij het in loondienst trachten te nemen van specialisten? Hoeveel specialisten dienen van de regeling gebruik gemaakt te hebben alvorens van een succes gesproken kan worden?

Antwoord 84:
Het primaire doel van de invoering van integrale bekostiging was het vergroten van de gelijkgerichtheid in de ziekenhuizen. Met de invoering van integrale bekostiging is het zelfstandig declaratierecht van medisch specialisten jegens de consument en de ziektekostenverzekeraar vervallen. Een consequentie hiervan was dat ziekenhuizen en medisch specialisten opnieuw moesten nadenken over de wijze van samenwerking binnen, en de besturing van, het ziekenhuis. Eén van de opties was het loondienstmodel. Het in loondienst nemen van medisch specialisten kan bijdragen tot een grotere gelijkgerichtheid van ziekenhuizen en medisch specialisten. De Subsidieregeling overgang integrale tarieven medisch specialistische zorg beoogde van de overstap naar loondienst een reële keuzemogelijkheid te maken. Er hebben 449 medisch specialisten gebruik gemaakt van deze regeling. Het is daarmee duidelijk dat de subsidiere-geling in een behoefte voorzag.

Vraag 85:
Wat is de onderbouwing van de toename van 25 miljoen euro van wanbetalers? Zijn er meer wanbetalers bijgekomen? Hoeveel van de uitstaande schuld wordt als oninbaar aangemerkt?

Antwoord 85:
Zorginstituut Nederland verwacht eind 2015 338.000 wanbetalers. De komende jaren wordt ingezet op het voorkomen dat verzekerden wanbetalers worden, succesvoller innen van bestuursrechtelijk premie, het consequenter herinneren en aanmanen van onbetaalde vorderingen en het laten uitstromen van wanbetalers uit het bestuursrechtelijk regime. Sinds eind april 2015 ligt het wetsvoorstel Wet verbetering wanbetalers-maatregelen (TK 33683) ter behandeling in de Eerste Kamer. Dit wetsvoorstel heeft tot doel dergelijke verbeteringen te realiseren in de

uitvoering van de wanbetalersregeling. Deze maatregelen kunnen leiden tot aanpassingen in de uitgaven en ontvangsten. Vooralsnog is de uitgavenraming met een gelijk bedrag als de ontvangstenraming verhoogd.

In reactie op uw vraag over oninbare schuld wil ik het volgende opmerken. Sinds het begin van de wanbetalersregeling (eind 2009) tot heden, 1 oktober 2015, is in totaal ruim € 2,9 miljard aan bestuursrechtelijke premie Zorgverzekeringswet opgelegd. Per 1 oktober 2015 staat daarvan nog € 1 miljard aan bestuursrechtelijke premie open. Daarnaast staat er € 0,3 miljard open aan vorderingen die via een zogeheten «eindafrekening» (vordering op afgemelde, voormalige wanbetalers) in rekening is gebracht.

Op deze vorderingen vinden volop innings- en incassoactiviteiten plaats, dit betreft dus zowel minnelijke inningsactiviteiten als dwangvorderingen met behulp van de deurwaarders. Leidend uitgangspunt blijft immers dat de openstaande rekening aan de overheid betaald dient te worden en dat wij, vanuit de solidariteitsprincipes van het zorgstelsel, niet te snel overstappen op oninbaarverklaring van vorderingen. Ik span mij dan ook, met het Zorginstituut, het CJIB en de deurwaarders, maximaal in om de openstaande vorderingen voldaan te krijgen.

Vraag 86:
Waaruit bestaan de overige beleidsmatige mutaties van de uitgavenkant?

Antwoord 86:
In deze tabel worden de belangrijkste beleidsmatige mutaties ten opzichte van de ontwerpbegroting 2015 weergegeven en toegelicht. De post overige beleidsmatige mutaties is de sluitpost met het totaal aan beleidsmatige mutaties in het afgelopen jaar. Het gaat daarbij om een grote hoeveelheid aan kleinere mutaties. Voor zover deze mutaties een omvang hebben van meer dan € 2,5 miljoen zijn deze toegelicht in de eerste suppletoire wet 2015 en de verdiepingbijlage van de ontwerpbegroting 2016.

Vraag 87:
Hoe is de grote fluctuatie in de totale uitgaven voor zorgtoeslag tussen 2015 en 2020 te verklaren?

Antwoord 87:
In de begroting staat een voorlopige technische raming van de zorguitgaven tot en met 2020. Die cijfers zijn voorlopig, omdat de cijfers vanaf 2018 bij de start van de volgende kabinetsperiode opnieuw worden geraamd op basis van op dat moment actuele CPB cijfers. De voorlopige uitgavencijfers kennen van 2015 op 2020 elk jaar groei. Daarnaast zal in de komende jaren de rijksbijdrage HLZ worden afgebouwd naar nul. Dergelijke ontwikkelingen leiden tot een hogere standaardpremie. De hogere standaardpremie leidt op zijn beurt weer tot stijgende uitgaven aan zorgtoeslag.

Vraag 88:
Hoe staat het met de ambities van de regering om de sociaaleconomische gezondheidsverschillen niet te laten toenemen? Welke resultaten heeft de regering geboekt?

Antwoord 88:
De ambitie van de regering op het terrein van SEGV zijn verwoord in de doelstellingen van het Nationaal Programma Preventie (NPP) en zijn het uitgangspunt van het VWS beleid. Een integrale, langdurige aanpak op

zowel lokaal als landelijk niveau is noodzakelijk, omdat het hier gaat om een complex en hardnekkig vraagstuk. Het onderwerp komt dan ook terug in diverse beleidsmaatregelen en programma's die door de rijksoverheid worden ondersteund. Het resultaat van deze maatregelen is de ontwikkeling van de levensverwachting in Nederland. Deze laat een positieve trend zien en steeg de laatste 10 jaar sterk, met meer dan 3 jaar. Hoog en laagopgeleiden profiteren in gelijke mate hiervan. Dit betekent dat de sociaaleconomische verschillen in ieder geval niet groter worden. Dit past binnen de doelstellingen van het Nationaal Programma Preventie.

Vraag 89:
Wat betekent het afbouwen van garanties en achterborgstelling voor de kapitaallasten van zorgaanbieders?

Antwoord 89:
Er is sprake van een afbouw voor zover het regelingen betreft die gesloten zijn voor nieuwe gevallen. Deze afbouw heeft geen gevolgen voor de kapitaallasten van zorgaanbieders. Uitstaande garanties aan zorgaanbieders worden gedurende de afgesproken periode gerespecteerd. De Rijksgarantieregelingen[8] zijn rond de eeuwwisseling gesloten voor nieuwe gevallen. De laatste rijksgegarandeerde lening loopt af in 2043. De tijdelijke regeling Garantie Ondernemingsfinanciering Curatieve Zorg (Go Cure) is ultimo 2012 gesloten voor nieuwe gevallen. De verstrekte garanties vanwege Go Cure lopen af in 2020.

Vraag 90:
Is met de instandhouding van de hoogte van het budget voor zorg voor illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen rekening gehouden met de actuele situatie rondom het toegenomen aantal vluchtelingen? Waarom is dit budget in het licht van deze ontwikkelingen voor de komende jaren niet verhoogd?

Antwoord 90:
Het budget voor zorg voor illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen is niet bedoeld voor vluchtelingen die momenteel ons land instromen en worden geregistreerd als asielzoeker. Het betreft hier asielzoekers die onder de verantwoordelijkheid vallen van het Ministerie van VenJ. De verwachte hogere zorgkosten als gevolg van het toegenomen aantal asielzoekers zijn verwerkt in de begroting van het Ministerie van VenJ. Evenwel valt niet uit te sluiten dat in de komende periode een groter beroep wordt gedaan op de vergoedingsregeling van art.122a Zvw (de regeling tegemoetkoming kosten voor onverzekerbare vreemdelingen). Om die reden is het Zorginstituut Nederland gevraagd ontwikkelingen nauwlettend te volgen.

Vraag 91:
Hoeveel geld is er specifiek in de begrotingsreserve voor de eventuele schade in het kader van de achterborg in 2017, 2018, 2019 en 2020 gereserveerd? Hoe verhoudt dit gereserveerde bedrag zich tot de ziekenhuizen die zich nu in de rode of oranje zone bevinden? Is overwogen een extra afdracht te vragen van ziekenhuizen die zich in de oranje of rode zone bevinden?

Antwoord 91:

[8] Het betreft de Garantieregeling inrichtingen voor gezondheidszorg 1958, de Rijksregeling Dagverblijven voor gehandicapten inzake erkenning, subsidiëring, verlening van garanties en toezicht uit 1971 en de Rijksregeling Gezinsvervangende Tehuizen voor gehandicapten, ook uit 1971.

De onderstaande tabel met de begrotingsreserve in de periode 2016–2020 is in de begroting opgenomen.

Tabel: Begrotingsreserve achterborg WfZ-garanties (x € 1.000)

	2016	2017	2018	2019	2020
Garantiebedrag	0	5.000	10.000	15.000	20.000

Deze begrotingsreserve fungeert als een extra vangnet dat het risico voor de Rijksbegroting nog verder beperkt. De bedragen houden dus geen verband met de actuele financiële situatie bij individuele zorginstellingen. Als het risicovermogen van het WFZ en de obligoverplichting van de deelnemers tezamen (circa € 503 miljoen in 2015) niet voldoende zijn voor het WFZ om aan zijn verplichtingen richting geldverstrekkers te kunnen voldoen, kan het WFZ zich richting VWS beroepen op de achterborg. Het WFZ heeft echter nog nooit een beroep hoeven doen op de obligoverplichting van de deelnemers en dus ook nog nooit op de achterborg van het Rijk. Het WFZ gaat zelf over de toelating van deelnemers tot het WFZ en de eisen aan deelnemers voor borging van leningen door het WFZ. Met oog op de toegenomen risico's in de sector heeft het WFZ het disagio recent verhoogd van 0,10% naar 0,25%. Het WFZ oordeelt dat daarmee vooralsnog de risico's voldoende gedekt zijn. Een extra belasting van zorginstellingen in de oranje of rode zone acht het WFZ dan ook niet noodzakelijk.

Vraag 92:
In hoeverre profiteren laagopgeleiden van de toenemende levensverwachting? Stemt dit de regering tevreden?

Antwoord 92:
De ontwikkeling van de levensverwachting in Nederland laat een positieve trend zien. Deze steeg de laatste 10 jaar sterk, met meer dan 3 jaar. Hoog- en laagopgeleiden profiteren in gelijke mate hiervan. Dit betekent dat de sociaaleconomische verschillen in ieder geval niet groter worden. Dit past binnen de doelstellingen van het Nationaal Programma Preventie.

Vraag 93:
Welke onderzoeken heeft VWS extern laten uitvoeren en bij wie? Welke kosten gingen hiermee gemoeid? Is er tussen VWS en de onderzoekers gesproken over de concept-conclusies?

Antwoord 93:
De administratieve systemen van VWS zijn – conform rijksbrede voorschriften – niet zodanig ingericht dat deze vraag kan worden beantwoord. Onderzoek vormt geen aparte uitgavencategorie binnen de administratie.

Op verzoek van uw Kamer wordt vanaf najaar 2015 een overzicht van alle beleidsrelevante VWS-onderzoeken gepubliceerd op het VWS-deel van de website van de rijksoverheid (www.Rijksoverheid.nl). Conform de toezegging aan uw Kamer wordt vanaf dat moment met terugwerkende kracht het overzicht gepubliceerd van alle beleidsrelevante onderzoeksrapporten van 17 concernorganisaties en kennisinstellingen die vanaf april 2015 zijn verschenen. Omdat VWS deel uitmaakt van de pilot Open Overheid van het Ministerie van BZK worden in het overzicht ook alle sinds die datum verschenen rapporten van het door VWS uitgezette opdrachtonderzoek onder ARVODI-voorwaarden opgenomen. Het totaaloverzicht wordt maandelijks achteraf geactualiseerd.

VWS stelt bij conceptrapporten waar relevant vragen over (vermeende) feitelijke onjuistheden of over de wijze waarop de conclusies voortvloeien uit het desbetreffende onderzoek. Daarbij is geen sprake van inhoudelijke beïnvloeding van de conceptconclusies.

Vraag 94:
Kunt u een overzicht geven van congressen waaraan ambtenaren deelnamen? Hoeveel geld werd hieraan uitgegeven in 2013, 2014 en 2015? Kunt u aangeven wat het doel was van deze congressen?

Antwoord 94:
Er is op het departement geen separate administratie, waarin wordt bijgehouden welke congressen worden bezocht. De gestelde vragen kunnen derhalve niet op het gevraagde detailniveau worden beantwoord. Wel worden alle declaraties van de politieke en ambtelijke leiding van alle departementen maandelijks gepubliceerd vanaf 1 januari 2013. Informatie is daarmee te allen tijde voor iedereen openbaar te raadplegen en beschikbaar.

Vraag 95:
Kunt u een overzicht geven van congressen en reizen waaraan ambtenaren deelnamen in het buitenland? Hoeveel geld werd hieraan uitgegeven? Kunt u hierbij aangeven wat het doel was van deze congressen en reizen?

Antwoord 95:
Er is op het departement geen separate administratie, waarin wordt bijgehouden welke congressen worden bezocht of welke reizen worden afgelegd. De gestelde vragen kunnen derhalve niet op het gevraagde detailniveau worden beantwoord.
Wel worden alle declaraties van de politieke en ambtelijke leiding van alle departementen maandelijks gepubliceerd vanaf 1 januari 2013. Deze informatie is daarmee te allen tijde voor iedereen openbaar te raadplegen en beschikbaar.

Vraag 96:
Hoe vaak werden reizen en congressen geheel of gedeeltelijk bekostigd door externe partijen?
Door wie werden de reizen waar ambtenaren aan deelnamen of hun verblijven bekostigd en wat was de bijdrage?

Antwoord 96:
Er is zoals bij vraag 94 en 95 aangegeven op het departement geen separate administratie, waarin wordt bijgehouden welke congressen worden bezocht of welke reizen worden afgelegd. De gestelde vragen kunnen derhalve niet op het gevraagde detailniveau worden beantwoord. Tot het najaar van 2012 was in het algemeen de lijn dat wanneer een VWS'er was uitgenodigd om een inleiding te houden, de deelname- en verblijfkosten voor rekening van de uitnodigende partij konden zijn. Met ingang van het parlementaire jaar in september 2012 hanteert VWS de lijn dat ook in zulke gevallen VWS bij volledige deelname aan het congres de deelname- en verblijfkosten voor eigen rekening neemt.

Vraag 97:
Door wie werden de reizen waar de Staatssecretaris en Minister van VWS aan deelnamen of hun verblijven bekostigd en wat was de bijdrage?

Antwoord 97:

Met ingang van het parlementaire jaar in september 2012 hanteert VWS de lijn dat voor reizen de deelname- en verblijfkosten voor de rekening van VWS is.
Overigens worden alle declaraties van de politieke en ambtelijke leiding van alle departementen vanaf 1 januari 2013 maandelijks gepubliceerd. Deze informatie is daarmee te allen tijde voor iedereen openbaar te raadplegen en beschikbaar.

Vraag 98:
Hoeveel procent van de zorgaanbieders maakten in 2014 gebruik van digitale gegevensuitwisseling met ander zorgaanbieders? Hoe was dat percentage in voorgaande jaren?

Antwoord 98:
Nictiz en het NIVEL voeren jaarlijks een onderzoek uit naar de beschikbaarheid en het gebruik van eHealth toepassingen, de eHealth monitor. Elektronische gegevensuitwisseling maakt daar deel van uit.
De conclusies uit de eHealth monitor 2014:

- Een groot deel van de huisartsen zegt elektronisch informatie uit te kunnen wisselen met apotheken, ziekenhuizen, laboratoria en huisartsenposten (84–93%). In 2013: 80–90%.
- Medisch specialisten geven aan dat zij met name informatie elektronisch kunnen uitwisselen met andere afdelingen binnen de eigen instellingen (waaronder de instellingsapotheek) (77%), met huisartsen (56%) en laboratoria (47%). In 2013: 46% van de medisch specialisten wisselt elektronisch informatie uit met huisartsen.
- 76% van de huisartsen maakt gebruik van teledermatologie. In 2013: 75%.
- Digitale consultgesprekken komen vooral voor tussen medisch specialisten in verschillende zorginstellingen (21%). In 2013: Een digitaal consultgesprek met een collega via een beeldverbinding is mogelijk bij een beperkte groep artsen, namelijk een op de tien huisartsen, een vijfde van de medisch specialisten en een derde van de psychiaters.
- In 2014 zijn voor het eerst verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners betrokken in het onderzoek. 41% van de verpleegkundigen, verzorgenden en praktijkondersteuners geeft aan dat er in hun instelling gebruik wordt gemaakt van elektronische gegevensuitwisseling. In de cure vaker dan in de care (56% versus 31%).

Vraag 99:
Hoeveel bv's, nv's, verenigingen, vof's, eenmanszaken en stichtingen hebben zich in 2015 geregistreerd als zorgverlener of zorginstelling, uitgesplitst per zorgsector?

Antwoord 99:
Uit het handelsregister blijkt dat er in 2015 bij de Kamer van Koophandel 12.956 nieuwe vestigingen zijn geregistreerd. Zie onderstaand overzicht voor de uitsplitsing per zorgsector. Hierbij moet de kanttekening worden gemaakt dat het ook om een nieuwe vestiging van een al bestaande onderneming kan gaan, zoals bijvoorbeeld bij de UMC's het geval is. De vraag hoeveel bv's, nv's, verenigingen, vof's, eenmanszaken en stichtingen zich in 2015 hebben geregistreerd als zorgverlener of zorginstelling, kan thans nog niet nader worden beantwoord. Naar verwachting zal met de komst van het Landelijk register zorgaanbieders in 2016 een belangrijke basis worden gezet om dergelijke gegevens te kunnen verkrijgen. Met dit register worden gegevens uit verschillende bronregisters, zoals het Handelsregister, het BIG-register en het AGB-register gekoppeld.

	Nieuwe vestiging (oprichting algemeen)	Nieuwe vestiging (startende onderneming)	Eindtotaal
86101 Universitair medische centra	3	1	4
86102 Algemene ziekenhuizen	16		16
86103 Categorale ziekenhuizen	1		1
86104 Geestelijke gezondheids- en verslavingszorg met overnachting	42	12	54
8621 Praktijken van huisartsen	130	484	614
86221 Praktijken van medisch specialisten en medische dagbehandelcentra (geen tandheelkunde of psychiatrie)	1.944	170	2.114
86222 Praktijken van psychiaters en dagbehandelcentra voor geestelijke gezondheids- en verslavingszorg	50	69	119
86231 Praktijken van tandartsen	141	286	427
86232 Praktijken van tandheelkundig specialisten	44	23	67
86911 Praktijken van verloskundigen	34	146	180
86912 Praktijken van fysiotherapeuten	318	332	650
86913 Praktijken van psychotherapeuten en psychologen	175	930	1.105
86919 Overige paramedische praktijken (geen fysiotherapie en psychologie) en alternatieve genezers	884	3.036	3.920
86921 Gezondheidscentra	38	3	41
86922 Arbobegeleiding en reïntegratie	63	109	172
86923 Preventieve gezondheidszorg (geen arbobegeleiding)	52	106	158
86924 Medische laboratoria, trombodediensten en overig behandelingsondersteunend onderzoek	16	4	20
86925 Ambulancediensten en centrale posten	6	1	7
86929 Samenwerkingsorganen op het gebied van gezondheidszorg en overige gezondheidszorgondersteunende diensten	129	102	231
8710 Verpleeghuizen	60	3	63
8720 Huizen en dagverblijven voor verstandelijk gehandicapten en psychiatrische cliënten	164	65	229
87301 Huizen en dagverblijven voor niet-verstandelijk gehandicapten	13	5	18
87302 Verzorgingshuizen	75	7	82
87901 Jeugdzorg met overnachting en dagverblijven voor jeugdzorg	48	40	88
87902 Maatschappelijk opvang met overnachting	12	5	17
88101 Thuiszorg	283	1.464	1.747
88102 Welzijnswerk voor ouderen	31	92	123
88103 Ondersteuning en begeleiding van gehandicapten	46	169	215
88993 Lokaal welzijnswerk	28	52	80
88999 Overig maatschappelijk advies, gemeenschapshuizen en samenwerkingsorganen op het gebied van welzijn	135	259	394
Eindtotaal	**4.981**	**7.975**	**12.956**

Vraag 100:
Hoeveel mensen betalen een eigen bijdrage uit vermogen, uitgesplitst per AWBZ/Wlz en Wmo?

Antwoord 100:
Naast het vermogen is het verzamelinkomen van belang voor de berekening van de eigen bijdrage in de Wlz en Wmo. Het komt nagenoeg niet voor dat een cliënt een nihil verzamelinkomen heeft en daardoor alleen een eigen bijdrage verschuldigd is op basis van zijn vermogen.
Bij het bepalen van het aantal mensen is daarom gekeken naar het aantal mensen dat eigen bijdrage betaalt waarbij het vermogen een effect heeft op de hoogte van de eigen bijdrage. Voor de Wlz zijn dit 71.000 mensen voor de Wmo betreffen het 42.000 mensen.

Vraag 101:
Hoeveel mensen zijn een eigen BV gestart om de eigen bijdrage m.b.t. de vermogensinkomensbijtelling te omzeilen?

Antwoord 101:
Het exacte aantal mensen dat een eigen BV start om een hoge(re) eigen bijdrage in de Wlz te voorkomen is niet bekend. Naar verwachting gaat het echter om een kleine groep gezien de tijd en kosten die gepaard gaan

met het oprichten van een BV in relatie tot de besparing die daarmee kan worden behaald via de vermogensinkomensbijtelling.

Vraag 102:
Hoeveel budget is er gereserveerd voor de bevordering van gezond voedsel?

Antwoord 102:
Gezond voedsel is een breed begrip. In de beantwoording concentreer ik mij op gezond eten; dat betekent dat onderwerpen als voedselveiligheid en primaire voedselproductie niet zijn meegenomen.

In de begroting van 2016 wordt op bevordering van gezond eten € 5,5 miljoen ingezet.Het gaat om subsidie aan het Voedingscentrum (inclusief Gezonde Schoolkantine) van € 4,5 miljoen, een bijdrage aan het RIVM voor verbetering productsamenstelling (incl. monitoring) van € 0,4 miljoen en een bijdrage aan de NVWA voor het jaarlijkse onderzoek op productsamenstelling van € 0,6 miljoen.

Naast dit budget van € 5,5 miljoen wordt bij verschillende andere activiteiten mede ingezet op gezond eten. Dit gebeurt onder andere bij het programma Jongeren Op Gezond Gewicht en in de Gezonde School aanpak (waarbij scholen een vignet op het thema voeding kunnen behalen). Ook worden bijvoorbeeld de resultaten van de voedselconsumptiepeiling door de Gezondheidsraad gebruikt voor adviezen inzake de richtlijnen goede voeding.

Vraag 103:
Hoeveel budget is er gereserveerd voor het bevorderen van de consumptie van plantaardige eiwitten?

Antwoord 103:
Ik heb geen specifiek budget gereserveerd om de consumptie van plantaardige eiwitten te bevorderen. Het Voedingscentrum adviseert de consumptie van plantaardige producten (groenten en fruit, peulvruchten) als onderdeel van een gezonde en duurzame voedselkeuze. Het Voedingscentrum ontvangt voor zijn activiteiten bijdragen van de ministeries van VWS en Economische Zaken. De ministeries van Economische Zaken en Infrastructuur en Milieu stimuleren ook de consumptie en beschikbaarheid van plantaardige eiwitten door innovaties te ondersteunen en door gedragsbeïnvloedende initiatieven.

Vraag 104:
Wat zijn de eerste resultaten van de aanpak ten behoeve van gezondheidsachterstanden in de Veenkolonien? Hoe worden eventuele positieve resultaten verspreid naar andere regio's?

Antwoord 104:
De afgelopen maanden is in de regio hard gewerkt om te komen tot een goede regionale aanpak van gezondheidsachterstanden in de Veenkoloniën. Daarbij is energie gestoken in het creëren van draagvlak en betrokkenheid bij de betreffende gemeenten en zorgverzekeraars. Inmiddels staat een breed gedragen programma in de steigers met de naam «Kans voor de Veenkoloniën» met als formele startdatum 15 juli 2015. In totaal werken 13 Groningse en Drentse gemeenten samen met een groot aantal andere partijen in dit gebied zoals gezondheidszorg- en welzijnsorganisaties, zorgverzekeraars, verenigingen en de bevolking zelf om de gezamenlijke aanpak handen en voeten te geven.

Inmiddels zijn de volgende acties gestart:

- De aard, omvang en achterliggende oorzaken van de gezondheidsachterstanden in de regio zijn in kaart gebracht.
- De gezondheidsdoelen zijn aangescherpt: het terugbrengen van voortijdige sterfte, het belang van een goede (en gezonde) start van het leven voor kinderen, inclusief geboortezorg en het verlengen van de periode van goede gezondheid aan het einde van het leven.
- Er zijn afspraken gemaakt over onderlinge samenwerking, uitvoering en communicatie.
- Er is een stuurgroep gevormd met vertegenwoordigers van gemeenten en verzekeraars.
- Er ligt een uitvoeringsplan voor de wijze waarop deze oorzaken kunnen worden aangepakt (het eerste halfjaar).
- Momenteel worden bijeenkomsten georganiseerd voor bewoners, Wmo-adviesraden, gemeenteraadsleden, uitvoerders en bestuurders om te komen tot verdere aanscherping van de startfoto, gezondheidsdoelen, wijze van aanpak en monitoring.

Resultaten zullen in ieder geval gedeeld worden via de handreiking Gezonde gemeenten bij het RIVM en het stimuleringsprogramma Gezond in de Stad bij Pharos.

Vraag 105:
Hoe oordeelt de regering over het functioneren van de stuurgroep en commissie die zich inzet voor zoutreductie in voedingsmiddelen?

Antwoord 105:
De organisatie van het akkoord, waaronder de stuurgroep en de wetenschappelijke adviescommissie, is vorig jaar ingericht en heeft een aantal afspraken beoordeeld.
De stuurgroep stimuleert de uitvoering van de tot stand gekomen afspraken en zal zorgen voor vervolgstappen om in 2020 aan de doelstellingen te voldoen.
Over de voor de inname belangrijkste productgroepen zijn inmiddels afspraken gemaakt. Hoewel de wetenschappelijke adviescommissie de ingediende afspraken soms matig ambitieus vindt, zijn het wel de eerste stappen. De stuurgroep is zich hiervan bewust en neemt het advies van de wetenschappelijke adviescommissie serieus. Dat leidt tot stapsgewijze aanscherping van de afspraken.
Ik zal hier kritisch op toezien, want ik vind het van groot belang dat de consument recht heeft op een gezonder productaanbod.

Vraag 106:
In hoeverre wordt bij de regionale aanpak in krimpgebieden in Noord Nederland gebruik gemaakt van de beschikbare, uitgebreide informatie in de biobank LifeLines? Worden soortgelijke data ook in andere krimpgebieden in Nederland verzameld en gebruikt?

Antwoord 106:
Partijen in Noord-Nederland hebben met elkaar gesproken over het gebruik van de data uit LifeLines. Verdere afspraken volgen hoe deze data worden ingezet voor het leefbaarheidsproject binnen het project «Kans voor de Veenkoloniën» (amendement Wolbert). Samen met de GGD'en wordt bekeken hoe deze data voor het gehele Noorden (inclusief krimpgebieden) kunnen worden ingezet. De data van LifeLines kunnen dan ondersteunend zijn aan het lokale gezondheidsbeleid. In andere regio's maakt men ook gebruik van lokale of regionale dataverzamelingen, maar deze zijn niet (altijd) vergelijkbaar met die van LifeLines.

Vraag 107:
Hoeveel budget heeft het kabinet gereserveerd voor de stimulering van de ontwikkeling van SPF-stallen in het kader van antibioticaresistentie?

Antwoord 107:
Het kabinet heeft geen geld gereserveerd voor de stimulering van de ontwikkeling van SPF-stallen in het kader van antibioticaresistentie.

Vraag 108:
Wanneer komt het wetsvoorstel voor strengere regels voor e-sigaretten zonder nicotine naar de Kamer?

Antwoord 108:
Het wetsvoorstel is in voorbereiding en wordt, nadat het is voorgelegd aan de Raad van State voor advies, in de eerste helft van 2016 naar de Kamer gezonden.

Vraag 109:
Kunt u aangeven hoeveel geld er in totaliteit vanuit alle ministeries begroot is voor de NVWA voor de jaren 2014–2020?

Antwoord 109:
In de ontwerpbegroting 2016 van EZ staat in de agentschapsparagraaf NVWA vermeld dat de ministeries van EZ en VWS tezamen de volgende bedragen in de begroting ramen voor de NVWA
(bedragen x € 1 miljoen):
2014: 197
2015: 217
2016: 204
2017: 198
2018: 196
2019: 196
2020: 196

Vraag 110:
Kunt u aangeven wat voor gevolgen de jaarlijkse wijzigingen in de totale middelen die begroot zijn voor het NVWA in de jaren 2016–2020 hebben voor de tarieven van de NVWA voor bedrijven?

Antwoord 110:
Jaarlijks worden de NVWA-tarieven voor bedrijven (retributies) op basis van de door de Minister van EZ vastgestelde kostprijs bepaald, conform het daartoe geldende kabinetsbeleid omtrent retributies zoals weergegeven in het rapport Maat houden 2014 (TK 24 036, nr. 407). Het kabinet streeft hierbij naar een zo efficiënt mogelijke uitvoering van de inspectie en het toezicht, waarbij kostendekkende tarieven het uitgangspunt zijn.

Vraag 111:
Wat is de onderbouwing voor de afbouw van de uitgaven aan ZBO's en RWT's naar 0 euro in 2017?

Antwoord 111:
De afbouw van de uitgaven aan ZBO's en RWT's naar € 0 in 2017 wordt veroorzaakt door de systematiek van «Verantwoord Begroten». Er is sprake van een opdracht aan Alterra Wageningen UR voor Begeleiding onderzoek Gezonde schoolpleinen. Voor de looptijd van deze opdracht (2014 t/m 2016) zijn middelen overgeheveld naar het instrument Bijdrage aan ZBO's/RWT's.

Vraag 112:
Kunt u uiteenzetten waar de gelden voor communicatie verhoging leeftijdsgrenzen alcohol en tabak precies naartoe gaan?

Antwoord 112:

De gelden voor communicatie van de verhoging van de leeftijdsgrenzen voor alcohol en tabak worden ingezet voor de ontwikkeling en de uitvoering van de massamediale socialenormcampagne NIX 18. In 2015 is het grootste deel van het budget (meer dan 90% van circa € 1 miljoen) besteed aan de ontwikkeling en de uitzendtijd van drie tv-spots, materiaalontwikkeling (toolkit, gadgets), de inzet via social media en aan pretest- en effectonderzoek. Het plan voor uitvoering van de NIX 18-campagne in 2016 wordt binnenkort inhoudelijk en financieel nader ingevuld.
Los van deze gelden, ontvangt het Trimbos-instituut jaarlijks € 0,35 miljoen subsidie voor de regionale implementatie van de campagne.

Vraag 113:
Kunt u uiteenzetten waar de gelden voor preventie schadelijk middelengebruik (alcohol, drugs en tabak) precies naartoe gaan?

Antwoord 113:
Zie het antwoord op vraag 36.

Vraag 114:
Kunt u toelichten hoe de afname van het budget inzake preventie schadelijk middelengebruik (alcohol, drugs en tabak) wordt onderbouwd?

Antwoord 114:
Het budget voor preventie van schadelijk middelengebruik betrof in 2013 € 1,7 miljoen, in 2014 € 1,2 miljoen en in 2015 € 3,1 miljoen. Voor 2016 is een budget van € 2 miljoen gereserveerd.

In 2015 is een extra aantal onderzoeken uitgevoerd en initiatieven gestart, dat verklaart de toename van het budget voor 2015. In 2016 zullen die zijn afgerond waardoor het budget in 2016 weer afneemt.

Vraag 115:
Kunt u aangeven hoe de toename van het budget voor de gezonde leefstijl jeugd wordt vormgegeven?

Antwoord 115:
De middelen voor gezonde leefstijl jeugd (€ 0,1 miljoen in 2015, € 0,3 miljoen in 2016, 2017 en 2018 en € 0,2 miljoen in 2019) worden ingezet om bij zeven pabo-opleidingen te komen tot een curriculum waarbij studenten opgeleid worden tot «Sportieve en Gezonde School coördinator».
De «Gezonde School aanpak» zal voor de studenten een rode draad zijn gedurende de vierjarige pabo-opleiding. Over vier jaar zullen hierdoor de eerste coördinatoren, met een formele aantekening op het diploma, beschikbaar zijn voor het basisonderwijs.

Vraag 116:
Waarom gaat er minder geld naar preventie van schadelijk middelengebruik? Kan de Minister dit besluit uiteenzetten?

Antwoord 116:
Zie het antwoord op vraag 114.

Vraag 117:
Wat houdt de afgifte Schengenverklaringen via het CAK in, waar 350.000 euro vanaf volgend jaar heengaat?

Antwoord 117:

Gebruikers van geneesmiddelen die onder Opiumwet vallen mogen deze middelen niet zomaar meenemen naar het buitenland, omdat de import en export van dergelijke geneesmiddelen (Opiumwetmiddelen) verboden is.

In Europees verband is geregeld, in het Verdrag van Schengen, dat mensen deze Opiumwetmiddelen toch mogen meenemen, mits zij in het bezit zijn van een'Schengenverklaring». Het CAK is sinds 1 januari 2015 verantwoordelijk voor het afgeven van deze Schengenverklaringen.

Vraag 118:
Kunt u aangeven wat voor gevolgen de jaarlijkse wijzigingen in de totale middelen die begroot zijn voor de NVWA in de jaren 2016–2020 hebben voor de producten die het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport afneemt van de NVWA?

Antwoord 118:
Bij het antwoord op vraag 109 is inzicht gegeven in de totaal begrote middelen voor de NVWA in de periode 2016–2020. Het beschikbare budget vanuit het Ministerie van VWS voor de NVWA blijft in deze periode nagenoeg gelijk. Afgezien van aanpassingen van de kostprijs (die wordt vastgesteld door de Minister van EZ) verwacht ik dan ook geen consequenties voor de productie die de NVWA in opdracht van VWS uitvoert.

Vraag 119:
Hoe wordt bij de uitkering van «Gezond in de stad» getoetst welke wijk een kwetsbare wijk is? Wat zijn de mogelijkheden voor mensen met een lage sociaaleconomische status van buiten deze kwetsbare wijken, zodat ook hun gezondheid kan worden verbeterd?

Antwoord 119:
Bij de beoordeling welke wijken in aanmerking komen voor de decentralisatie-uitkering «Gezond in de stad» is de statusscore 2014 die door het Sociaal en Cultureel Planbureau wordt berekend aangehouden. Gemeenten met wijken, die buiten deze uitkering vallen, kunnen gebruik maken van de resultaten uit het Stimuleringsprogramma «Gezond in.» of aanhaken bij gemeenten in hun regio die wel middelen ontvangen.

Vraag 120:
In hoeverre verhoudt de ambitie van de Minister om in te zetten zich op preventie tot de 1,5 miljoen euro die zij beschikbaar stelt voor het Nationaal Programma Preventie?

Antwoord 120:
De € 1,5 miljoen zijn specifiek voor de organisatie en activiteiten van het programmabureau «Alles is Gezondheid...» Het programmabureau voert zelf geen inhoudelijke projecten uit maar richt zich op het uitdragen van de doelstellingen van het programma, het zoeken naar geschikte partners, het verbinden van de activiteiten van partijen en deze te activeren en ondersteunen om effectieve activiteiten duurzaam te borgen.

Het programma bestaat uit talloze activiteiten van vele (maatschappelijke) partners die op verschillende manieren en door verschillende partijen (waaronder private organisaties) worden gefinancierd. De rijksoverheid draagt op verschillende manieren hieraan bij. Zo geeft VWS bijvoorbeeld € 31 miljoen uit aan subsidie voor kennisinstituten op het gebied van gezondheidsbevordering en leefstijl, € 20 miljoen voor gemeenten om gezondheidsachterstanden lokaal aan te pakken, € 47 miljoen voor sport en bewegen in de buurt, € 104 miljoen aan preventie activiteiten van het RIVM en € 29 miljoen voor ZonMw programma's voor preventie en sport.

De uitdaging waarvoor we staan is zo omvangrijk dat het een illusie is dat vanuit de overheid alleen de omslag kan worden bewerkstelligd. Daar is echt veel meer voor nodig. Daarom zet het programma «Alles is Gezondheid....» in op brede maatschappelijke betrokkenheid.

Vraag 121:
Kunt u aangeven op welke wijze het bedrag van 41,7 miljoen euro bestemd voor de NVWA wordt ingevuld?

Antwoord 121:
Het bedrag van € 41,7 miljoen is bestemd voor het toezicht van de NVWA op voedselveiligheid. Daarbij gaat het om toezicht op: bedrijven die eet- en drinkwaren maken, verhandelen of transporteren, bedrijven die eet- en drinkwaren direct aan consumenten leveren en om bijzondere eet- en drinkwaren, zoals voedingssupplementen en zuigelingenvoeding.

Vraag 122:
Hoe komt het dat er zo weinig verandering is tussen de cijfers over het aantal verloren gezonde levensjaren ten gevolge van voedselinfecties door ziekteverwekkende micro-organismen in voedsel in Nederland? Heeft de Minister geen ambitie hierin? Wordt het geld hiervoor wel effectief ingezet?

Antwoord 122:
Het niveau van voedselveiligheid in Nederland is hoog. Desondanks ligt het aantal voedselinfecties in Nederland jaarlijks tussen 650.000 en 850.000. Het streven is om het aantal voedselinfecties te verminderen, maar het effect van het beleid is niet eenvoudig te kwantificeren. De getallen zijn immers schattingen en komen tot stand op basis van meldingen en extrapolaties. Deze cijfers zijn zeer sterk afhankelijk van fluctuaties als gevolg van weersomstandigheden en incidenten zoals de met Salmonella besmette zalm in 2012. Naast deze fluctuaties is er sprake van langdurige tendensen onder invloed van productiewijzen en consumptiegewoontes. Zo is het aantal Salmonella-infecties in de afgelopen decennia gedecimeerd door een verbeterde productiehygiëne.

De beheersing van de voedselveiligheid is in de eerste plaats de verantwoordelijkheid van de voedselproducent. De NVWA ziet erop toe dat de voedselproducent de regelgeving op dit terrein naleeft en de voedselveiligheid beheerst met concrete beheersingsmaatregelen volgens de HACCP-systematiek.

Daarnaast heeft ook de consument een rol om bij het voorkomen van voedselinfecties. Het Voedingscentrum informeert de consument hierover via de publiekscampagne «Ziekmakers zie je niet». Deze campagne biedt de consument adviezen voor een goede keukenhygiëne.

Vraag 123:
De Minister zet 15 miljoen euro in voor ziektepreventie subsidies, vervolgens noemt zij een lijst. Is dit een gelimiteerde lijst?

Antwoord 123:
De lijst die is opgenomen voor de inzet van € 15 miljoen voor ziektepreventie subsidies is niet gelimiteerd. Wel is het grootste deel van het budget al juridisch verplicht aan de onderwerpen die in de lijst zijn opgenomen.

Vraag 124:

Hoeveel ziekenhuizen in Nederland zijn bezig met het concentreren of afstoten van afdelingen en/of specialismen? Welke ziekenhuizen zijn dit en welke afdelingen of specialismen betreft het?

Antwoord 124:
VWS beschikt niet over informatie over het concentreren of afstoten van afdelingen en/of specialismen door ziekenhuizen. VWS is hierin ook geen directe partij. Het is aan ziekenhuizen en zorgverzekeraars om gezamenlijk afspraken te maken over hoe hiermee om te gaan.

Vraag 125:
Hoeveel en welke ziekenhuisfusies hebben plaatsgevonden de afgelopen 10 jaar?

Antwoord 125:
VWS heeft geen rol bij het tot stand komen en toetsen van fusies en beschikt daarom niet over informatie over ziekenhuisfusies in de afgelopen 10 jaar. Toezichthouders ACM en de NZa toetsen de effecten van overnames en fusies.

De ACM publiceert op haar site de besluiten die zij neemt in het kader van fusies en overnames.
De NZa publiceert aan het eind van dit jaar een overzicht van alle besluiten die de afgelopen 2 jaar zijn genomen in het kader van de zorgfusietoets door de NZa. Dit overzicht wordt niet uitgesplitst naar medisch-specialistische zorg en andere sectoren.

Tot slot publiceert KPMG jaarlijks een overzicht van fusies en overnames in de ziekenhuissector onder de titel «wie doet het met wie in de zorg».

Overigens zien we naast fusies en overnames ook nieuw aanbod ontstaan, vaak in de vrom van zelfstandige behandelcentra.

Vraag 126:
Zijn er ten opzichte van andere jaren wijzigingen in de aanrijtijd van ambulances bij acute problematiek of bij zwangerschap bij vrouwen?

Antwoord 126:
Uit de laatste bereikbaarheidsanalyse van het RIVM[9] blijkt dat 99,8 procent van de inwoners van Nederland binnen 45 minuten naar een spoedeisende hulpafdeling (SEH) of een ziekenhuis met acute verloskunde kan worden vervoerd Er zijn 87 ziekenhuislocaties die 24/7 de mogelijkheid hebben voor het behandelen van vrouwen in acute verloskundige situaties. Op basis van deze resultaten is een bereikbaarheidsanalyse van spoedeisende zorg gemaakt. De conclusie is dat de bereikbaarheid van de SEH's en acute verloskunde goed is. Het aantal inwoners in Nederland dat niet binnen 45 minuten bij een SEH of acute verloskunde kan zijn, is gedaald.

Vraag 127:
Hoeveel klinische verloskunde afdelingen zijn de afgelopen 10 jaar gesloten en welke ziekenhuizen betrof dit?

Antwoord 127:
In 2000 waren er 115 ziekenhuislocaties met een verloskunde afdeling. In 2014 zijn er volgens het RIVM 87 ziekenhuislocaties met een verloskunde afdeling. Het gaat veelal om concentratie van meerdere locaties in één

---

[9] Beschikbaarheid, specialisatie en bereikbaarheid van spoedeisende hulp in Nederland, analyse gevoelige ziekenhuizen, RIVM briefrapport 2015–0077

stad naar één of twee locaties per stad. Voor een volledig overzicht van alle ziekenhuislocaties met een SEH en/of acute verloskunde verwijs ik naar het rapport van het RIVM «Beschikbaarheid, specialisatie en bereikbaarheid van Spoedeisende hulp in Nederland», dat ik op 3 juni 2015 aan uw Kamer heb gezonden (TK 29 247, nr. 211).

Vraag 128:
Hoeveel poliklinieken bestaan thans waar zorg wordt verleend die een eerstelijns karakter heeft («pretpoli's»)? Wat is het verschil met 2014?

Antwoord 128:
Zie het antwoord op vraag 129.

Vraag 129
Wat zijn de totale kosten van pretpoli's en hoeveel kan worden bespaard wanneer deze zorg wordt verplaatst naar de eerste lijn?

Antwoord 129:
VWS beschikt niet over informatie welke poliklinieken zorg verlenen die ook in de eerstelijn geleverd zou kunnen worden, of welke kosten daarin omgaan. Wel is in de bestuurlijke akkoorden voor de medisch-specialistische zorg en de eerstelijns zorg met partijen afgesproken dat zij inzetten op substitutie. Met substitutie wordt beoogd dat de zorg doelmatig en waar mogelijk dichtbij huis wordt aangeboden. Uit de substitutiemonitor (TK 33 654, nr. 16) blijkt dat substitutie inderdaad op gang komt.

Vraag 130:
Is het aantal spoedeisende hulpposten (SEH's) in 2015 gewijzigd ten opzichte van 2014? Zo ja, wat is het verschil?

Antwoord 130:
Eind 2014 waren er 95 ziekenhuislocaties die spoedeisende basiszorg boden. Hiervan waren 91 locaties 24 uur per dag, 7 dagen per week geopend. Dit blijkt uit een inventarisatie van het RIVM[10] Sinds de vorige bereikbaarheidsanalyse in 2013 zijn 3 SEH's gesloten. Vanaf 2016 zullen vragen naar de aanwezigheid, specialisatie en beschikbaarheid van de SEH's ingevoegd wordt in de Jaarverantwoording Zorg, zodat inzicht in het aanbod SEH's jaarlijks beschikbaar komt.

Vraag 131:
Kunt u per ziekenhuis een overzicht geven van de bestaande wachtlijsten, uitgesplitst naar de verschillende disciplines? Welke ontwikkeling laten deze wachtlijsten zien over de afgelopen vijf jaar en wat zijn daar de oorzaken van?

Antwoord 131:
De NZa rapporteert jaarlijks uitgebreid over de wachttijdontwikkeling in de Marktscan medisch-specialistische zorg per poortspecialisme. Zij rapporteert niet over de wachttijden per ziekenhuis. Hiervan heeft het ministerie geen overzicht. De Marktscan medisch-specialistische zorg 2014 deel A laat een dalende trend zien over de jaren 2009 tot en met 2014. Ondanks deze dalende trend geeft de NZa aan dat de gemiddelde wachttijd in 2014 (tot en met september) licht is toegenomen ten opzichte van 2013. In 2014 komt de wachttijd van 7 specialismen boven de Treeknorm uit.

---

[10] G.J. Kommer et al. (2015). Beschikbaarheid, specialisatie en bereikbaarheid van Spoedeisende hulp in Nederland. Analyse gevoelige ziekenhuizen. RIVM Briefrapport 2015–0077. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Dat is één specialisme meer dan in 2013 (neurochirurgie). Op basis van de beschikbare informatie is het voor de NZa niet mogelijk om deze ontwikkelingen te duiden. Eind van dit jaar zal ik u weer informeren over de landelijke wachttijdontwikkeling via de volgende Marktscan van de NZa.

Vraag 132:
Hoeveel ziekenhuizen hebben aangegeven de kosten van dure medicijnen niet meer op te kunnen brengen?

Antwoord 132:
De NZa heeft op mijn verzoek onderzoek gedaan naar de toegankelijkheid en betaalbaarheid van geneesmiddelen in de medisch-specialistische zorg (bijlage bij TK 29 477 nr. 335, 2 juli 2015). Onderdeel van het onderzoek was een enquête onder zorgaanbieders. In de enquête heeft geen van de ziekenhuizen aangegeven de kosten van dure geneesmiddelen niet meer te kunnen opbrengen. Wel geven ziekenhuizen aan dat de toegankelijkheid van dure geneesmiddelen onder druk komt te staan, vanwege beperkingen aan het (interne) budget. Uit een enquete van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) geven veel ziekenhuizen bovendien aan er niet in te slagen goede afspraken over dure geneesmiddelen te maken met hun zorgverzekeraar (opgenomen in KWF-rapport «effectieve nieuwe middelen tegen kanker, maar het financieringssysteem kraakt», bijlage bij TK 29 689 nr. 636, 7 juli 2015).
De medisch specialisten hebben deze zomer onder hun leden navraag gedaan wie geen dure medicijnen voorschrijft waar het wel aan de orde zou moeten zijn. Uit deze navraag bleek dat geen enkele specialist aangaf niet voor te schrijven als het medicijn in de behandeling nodig was (http://www.demedischspecialist.nl/nieuws/artsen-blijven-zich-inzetten-voor-optimale-behandelingen).

Ik acht het van groot belang dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders goede afspraken maken om de toegankelijkheid van dure geneesmiddelen te garanderen. Daar heb ik beide partijen ook toe opgeroepen. Zorgaanbieders hebben mij gegarandeerd dat zij richtlijnconform werken en dus ook, waar medisch noodzakelijk, dure geneesmiddelen aan patiënten voorschrijven. Mocht een zorgaanbieder in individuele gevallen financieel echt niet in staat zijn een geneesmiddel te leveren, dan gaat de zorgaanbieder hierover met de betreffende verzekeraar het gesprek aan. Zorgverzekeraars onderschrijven hun zorgplicht en zorgen dat er geen patiënten om budgettaire redenen de toegang tot dure geneesmiddelen wordt ontzegd. Inmiddels wordt gemeenschappelijk en onder regie van het bestuurlijk overleg medisch-specialistische zorg gewerkt aan een integraal pakket aan maatregelen vanwege de knelpunten op het gebied van de dure geneesmiddelen.

Vraag 133:
Hoeveel ziekenhuizen hebben aangegeven de kosten van dure medicijnen niet meer op te kunnen brengen?

Antwoord 133:
Zie het antwoord op vraag 136.

Vraag 134:
Hoeveel mensen hebben zich sinds 2010 t/m 2015 gemeld op de spoedeisende hulp met een delier?

Antwoord 134:
Zie het antwoord op vraag 136.

Vraag 135:
Hoeveel mensen hebben zich sinds 2010 t/m 2015 gemeld op de spoedeisende hulp met dehydratie?

Antwoord 135:
Zie het antwoord op vraag 136.

Vraag 136:
Hoeveel mensen hebben zich sinds 2010 t/m 2015 gemeld op de spoedeisende hulp en wat zijn de meest voorkomende zorgproblemen?

Antwoord 136:
Ik beschik thans niet over de informatie om de gestelde vragen volledig te beantwoorden. Het boven water krijgen van deze cijfers vergt een gedetailleerde uitvraag bij verschillende bronnen, waarbij ongewis is of deze kan resulteren in een volledig en actueel beeld van het beroep op spoedeisende hulp in de genoemde periode.

Op basis van gegevens van Het Letsel Informatie Systeem (LIS) kan wel een gedeeltelijk beeld worden geschetst. In 2013 vonden er in totaal circa 1,8 miljoen SEH behandelingen plaats, waarvan 980.000 SEH-behandelingen in verband met ziekte of aandoening en 660.000 SEH-behandelingen in verband met lichamelijk letsel of vergiftiging. Bij de SEH-behandelingen in verband met ziekte of aandoening ging het met name om ziekten van de tractus circulatorius (200.000), tractus digestivus (140.000) en tractus respiratorius (120.000). Bij lichamelijk letsel ging het met name om letsel aan schouder/arm/hand (270.000), heup/been/voet (190.000) en hoofd/hals/nek (110.000).

Verdere cijfers over de spoedeisende hulp is te vinden op www.volksgezondheidenzorg.info.

Vraag 137:
Wat is de oorzaak van de terugloop van de deelname aan het Nationaal Programma Grieppreventie? Welke gevolgen heeft dit voor de gezondheid van ouderen?

Antwoord 137:
De griepvaccinatiegraad van risicogroepen in Nederland is één van de hoogste wereldwijd en de hoogste in Europa. Wel is er sinds 2008 sprake van een daling van de vaccinatiegraad. De oorzaak van deze daling is niet onderzocht. De afgelopen jaren is regelmatig discussie geweest over de effectiviteit van de griepprik. We weten uit onderzoek dat deelname wordt beïnvloed door de beleving van mensen dat griep geen groot risico is en door twijfel over het nut van de griepprik.

Ook komt uit onderzoek naar voren dat mensen geneigd zijn hetzelfde gedrag te blijven vertonen dat zij eerder al hadden: als zij eerder de uitnodiging voor de griepprik afsloegen, doen ze dat het jaar erop vaak weer. In het meest recente advies van de Gezondheidsraad over griepvaccinatie is uitgebreid gekeken naar de effectiviteit van de griepprik. Verschillende factoren, zoals fluctuaties in de virulentie (ziekteverwekkend vermogen) van het griepvirus in de jaren maken het lastig om een eenduidige uitspraak te doen over de effectiviteit van de griepvaccinatie. De behaalde gezondheidswinst van het programma is echter ruimschoots naar verwachting. Bij de inschatting van de gezondheidswinst is het ook van belang om te kijken naar het bereik van het vaccinatieprogramma bij de verschillende risicogroepen. Zo is de vaccinatiegraad hoger bij groepen die meerdere indicaties hebben (bijvoorbeeld 60-plus en chronische aandoening). Het Nationaal Programma Grieppreventie is een

vrijwillig programma waarbij iedereen die door een huisarts wordt uitgenodigd zelf de afweging kan maken of men gebruik van het aanbod maakt of niet.

Vraag 138:
In hoeverre is de regering tevreden met de ambities en behaalde resultaten van de JOGG-aanpak? Kan de regering haar antwoord toelichten?

Antwoord 138:
Naar aanleiding van motie Wiegman (TK 31 899, nr. 10) was de ambitie om in 2015 ten minste 75 JOGG-gemeenten te hebben die, volgende de EPODE-methode, integraal beleid hebben op overgewicht. Deze ambitie is ruimschoots gehaald: inmiddels zijn 88 gemeenten aangesloten bij JOGG, en dit aantal is nog groeiende. Met het behalen van deze ambitie ben ik tevreden. Maar hiermee eindigt niet de beleidsinzet op een gezond gewicht bij de jeugd, het is een startpunt om lokaal daadwerkelijk een stijging van het aantal jongeren op gezond gewicht te bewerkstelligen. De huidige ambitie is om in 2020 in minimaal 75 gemeenten deze stijging te realiseren.
Inmiddels blijken lokaal al resultaten zichtbaar te worden, zoals ook verwoord in mijn voortgangsbrief Convenant Gezond Gewicht 2014 (TK 31 899, nr. 25).

Vraag 139:
In hoeverre vindt de regering dat de snelheid waarmee scholen komen tot een gezonde kantine toereikendheid is?

Antwoord 139:
Sinds 2013 ontvangt het Voedingscentrum extra subsidie om scholen te adviseren over hun voedings- en drankenaanbod in de kantine en op school. Alle scholen zijn intussen diverse malen benaderd over de gezonde schoolkantine en de mogelijkheid om een advies op maat te krijgen. Dit heeft ertoe geleid dat 1.200 scholen zijn bezocht door de Schoolkantine Brigade en voorzien zijn van een advies op maat. Tachtig procent van de scholen is er vervolgens mee aan de slag gegaan. Op dit moment wordt door het RIVM een monitor uitgevoerd naar aanleiding van de motie Vendrik uit 2009 (TK 31 899, nr. 8) waarin wordt gevraagd om beleid te ontwikkelen gericht op 100% gezond aanbod in alle schoolkantines in 2015. In het voorjaar 2016 informeer ik uw Kamer over de uitkomsten van deze monitor. Zoals verzocht in de motie Wolbert (TK 32 793, nr. 183) om alle schoolkantines per 1-1-2017 gezond te laten zijn, stuur ik uw Kamer een brief met mijn visie op dit vraagstuk en een plan van aanpak voor 2016. Helaas is het, vanwege de gevraagde afstemming met partijen als JOGG, niet gelukt om dit voor 1 oktober 2015 te doen. Ik heb deze brief op 21 oktober aan uw Kamer gestuurd (2015Z19573).

Vraag 140:
Kunt u aangeven of de organisatie STAP subsidie ontvangt van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport of een ander ministerie?

Antwoord 140:
STAP ontvangt geen subsidie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport of andere ministeries. STAP ontving voor het laatst VWS subsidie in 2012.

Vraag 141:
Kunt u aangeven of de organisatie Clean Air Nederland subsidie ontvangt van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport of een ander ministerie?

Antwoord 141:
Clean Air Nederland ontvangt geen subsidie van het Ministerie van VWS en, voor zover op het ministerie bekend, ook niet van andere ministeries.

Vraag 142:
Kunt u aangeven welke meetbare resultaten het JOGG-programma tot nu toe heeft opgeleverd?

Antwoord 142:
Zie het antwoord op vraag 138.

Vraag 143:
Waarom moet de kwaliteit en effectiviteit van zorg voor migranten middels subsidie gestimuleerd worden?

Antwoord 143:
Vanuit de overheid en de zorgprofessional wordt ingezet op zorg op maat en (kosten)effectiviteit van het zorgstelsel voor alle burgers. Dat betekent dat een zorgverlener oog moet hebben voor de diversiteit binnen zijn patiëntenpopulatie, onder andere diversiteit naar achtergrond en opleiding. Daarvoor is kennis nodig. Het ontwikkelen en verspreiden van deze kennis wordt via een subsidie gestimuleerd.

Vraag 144:
Wat wordt bij de zorg voor migranten en mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden precies onder «beperkte gezondheidsvaardigheden» verstaan, en wordt hierbij ook aandacht besteed aan seksuele en reproductieve gezondheid? Op welke manier wordt bij beide groepen hier aandacht aan besteed?

Antwoord 144:
Gezondheidsvaardigheden zijn de vaardigheden van individuen om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, en te gebruiken bij het nemen van gezondheidsgerelateerde beslissingen. Dit betreft de gehele gezondheid. Van belang is om zowel richting zorgverleners maar ook richting de patiënt aandacht te besteden aan beperkte gezondheidsvaardigheden. Hier wordt via voorlichting en beeldmateriaal voor de doelgroep met lage gezondheidsvaardigheden invulling aan gegeven. Voorbeelden hiervan zijn folders rondom de zwangerschap (Straks zwanger worden) en rondom seksuele gezondheid (Lang leve de liefde).

Vraag 145:
Welke verzoeken voor zorginnovatie heeft het ministerie, en los daarvan de Nza ontvangen, en hoeveel zijn voor komend jaar toegekend met welke doelen?

Antwoord 145:
Zoals aangegeven in onze brief over eHealth en zorgverbetering van 2 juli 2014 (TK 27 529, nr. 130) is ons beleid er niet op gericht dat de overheid losse innovatie-initiatieven subsidieert. Wij hebben de afgelopen jaren door vernieuwingen in de bekostiging van de zorg meer beleidsruimte gecreëerd voor partijen om lokale afspraken te maken over prestaties en vergoedingen die daar tegenover staan, waarmee meer ruimte is ontstaan om innovaties te vergoeden. Daar waar innovaties (nog) niet binnen de reguliere bekostiging passen kunnen deze via de beleidsregel innovatie worden gefinancierd. Zo kan er een aantal jaar geëxperimenteerd worden met activiteiten die nu niet binnen de prestaties passen, waarbij onderzocht kan worden of het gewenst is om de prestaties hierop aan te passen.

Op dit moment zijn er 33 innovaties bekend die in 2016 via de beleidsregel innovatie financiering ontvangen. Er zijn in 2015 3 voorstellen afgewezen, omdat deze onder de reguliere bekostiging gefinancierd kunnen worden. Ook is een aantal aanvragen teruggetrokken toen bleek dat de vergoeding van deze innovatieve zorgvormen al via de nieuwe ruimte in de reguliere bekostiging mogelijk waren geworden. Aanvragen gericht op zorg die niet binnen het verzekerd pakket vallen komen sowieso niet in aanmerking.

Partijen die zich tot het Ministerie van VWS wenden met een verzoek voor financiering van hun innovatie, verwijzen wij naar plekken waar zij terecht kunnen met dit verzoek. Dit betreft onder meer de NZa en de Rijksdienst voor ondernemend Nederland (RVO). Daarnaast faciliteren wij innovatoren via www.zorgvoorinnoveren.nl. Met behulp van dit loket kunnen zorgvernieuwers het innovatieproces van idee tot toepassing zelfstandig en snel doorlopen en wordt dit proces eenvoudiger en transparanter. Zorg voor innoveren is een initiatief waarin vier overheidsorganisaties, samen met partners, hun krachten bundelen, te weten het Zorginstituut Nederland, de Nederlandse Zorgautoriteit, het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en ZonMw.

Vraag 146:
Gaat het idee van de zorginnovatieprijs-winnaar «chip voor recyclen medicatie» dit jaar in werking treden of blijft de tegenstand van de farmacie het winnen?

Antwoord 146:
Het opnieuw verstrekken van ongebruikte geneesmiddelen gebeurt nu niet. Niemand kan nu garanderen dat het teruggebrachte geneesmiddel aan dezelfde kwaliteitscriteria voldoet als op het moment waarop het voor de eerste keer werd uitgegeven.

Binnen het programma Aanpak verspilling wordt de mogelijkheid om een geneesmiddel opnieuw te verstrekken verkend. We werken aan deze actie samen met St. Maartenskliniek, apothekers en anderen zoals de IGZ en CBG. Hierbij worden aspecten meegenomen op het terrein van de wetgeving, kosten, veiligheid en bereidheid van de patiënt om opnieuw uitgegeven geneesmiddelen te gebruiken.

Juridisch is het opnieuw uitgeven van een ongebruikt geneesmiddel niet verboden, zo blijkt uit de Geneesmiddelenwet. Europese wetgeving rondom het tegengaan van vervalsingen wordt ook getoetst op mogelijke heruitgifte. Wat betreft de kosten en veiligheid, betekent heruitgifte een extra handeling van een apotheekhoudende èn daarbij zullen geneesmiddelen voorzien moeten worden van een chip om de bewaarcondities te monitoren. Beiden brengen kosten met zich mee. Indien heruitgifte mogelijk zou worden, ligt het voor de hand dit toe te passen bij dure middelen. Een voorbeeld hiervan zijn de orale oncolytica die in het ziekenhuis verstrekt worden.

Eind 2015 zal de verkenning hebben plaatsgevonden over randvoorwaarden om heruitgifte mogelijk te maken. Aspecten als verantwoordelijkheden, kwaliteitsbewaking, communicatie en financiële afhandeling komen hierin voor. Vervolgens, begin 2016, worden de kaders vastgesteld door VWS, IGZ en CBG. Hierna zal in de praktijk getoetst worden met een pilotstudie of deze randvoorwaarden haalbaar zijn. Een inschatting over de termijn waarop heruitgifte kan plaatsvinden, kan worden gemaakt na inzicht in de randvoorwaarden en de haalbaarheid hieraan in de praktijk.

Vraag 147:

Welke winnaars van de zorginnovatieprijs van afgelopen jaren hebben hun idee daadwerkelijk werkelijkheid zien worden?

Antwoord 147:
Sinds 2013 kent de Herman Wijffels innovatieprijs de categorie zorg. Over de stand van zaken van de zorginnovatieprijs 2014 «chip voor recyclen medicatie» bent u geïnformeerd met het antwoord op vraag 146. In 2013 was de winnaar van de prijs «Wijkbedrijf Bilgaard». Dit idee is werkelijkheid geworden, zoals u uitgebreider op de website www.wijkbedrijfbilgaard.nl kunt lezen.

Vraag 148:
De Minister schrijft verantwoordelijk te zijn voor het financieren van de verbetering van de zorg door financiering van de familie- en vertrouwenspersonen in ggz-instellingen. Toch blijft het budget voor deze vertrouwenspersonen gelijk volgens tabel 4 (p.39 – kop 2 Toegankelijkheid [...]). Kunt u aangeven of het klopt dat u deze ambitie onderbouwt met een budget dat gelijk blijft?

Antwoord 148:
De financiering van de familievertrouwenspersonen is van oorsprong geënt op de activiteiten op dit terrein ten behoeve van familie van cliënten/patiënten die opgenomen zijn in een ggz-instelling. Het ligt in de rede om aan te sluiten bij de ambulantisering en daarmee ook familievertrouwenswerk mee te nemen ten behoeve van patiënten/cliënten die in ambulante zorg zijn. Ik ben hierover in gesprek met de Landelijke Stichting Familie Vertrouwenspersonen (LSFVP).

In 2014 was sprake van onderuitputting van het budget aan instellingssubsidie van de LSFVP. Daarom heb ik vooralsnog geen reden om aan te nemen dat de toegekende financiële middelen die ik voor deze activiteiten op basis van een instellingsubsidie ter beschikking stel, niet toereikend zouden zijn.

Vraag 149:
Welk percentage en welke bedragen van de ex-post compensaties aan zorgverzekeraars betreffen dure geneesmiddelen? Kan een overzicht van de afgelopen 5 jaar worden gegeven?

Antwoord 149:
In onderstaande tabel zijn de kosten van geneesmiddelen opgenomen die onder de vaste kosten in de regeling risicoverevening zijn opgenomen en dus risicoloos worden uitgevoerd door verzekeraars.

De omvang van de risicodragende geneesmiddelen is niet opgenomen.

Jaar	Risicoloos	Raming in het Macro Prestatie Bedrag (MPB) (x € 1 miljard)	Uitgaven als percentage van kosten MSZ
2011	Beleidsregel dure geneesmiddelen	Niet apart opgenomen	n.b.
2012	Alle addons voor geneesmiddelen	1,0	5,3%
2013	Alle addons voor geneesmiddelen, exclusief addons groeihormonen	1,2	5,7%
2014	Alle addons voor geneesmiddelen, exclusief addons voor groeihormonen en voor fertiliteitshormonen	1,2	5,5%
2015	Addons voor oncolytica	0,2	0,9%

In 2011 was de systematiek van toewijzen van kosten als «risicoloos» anders dan sinds 2012. Toen werden nog geen addons gedeclareerd en

was er nog sprake van een budgetsystematiek voor de ziekenhuizen. Op basis van deze budgetsystematiek werden kostencomponenten aangewezen als vast (risicoloos) of variabele (risicodragend).

De addon systematiek is in 2012 geïntroduceerd. Reden voor de risicoloosheid is het ontbreken van gegevens om mee te rekenen in de risicoverevening en om de juiste normbedragen te berekenen. Binnen de risicoverevening wordt gerekend met declaraties van jaar t-3. Pas per 2015 waren er dus addons beschikbaar (over 2012) voor de berekeningen.

Voor de groei- en fertiliteitshormonen die respectievelijk per 2013 en 2014 zijn overgeheveld, waren extramurale declaraties beschikbaar en hier kon al eerder mee gerekend worden. Voor de oncolytica is door de overheveling in 2013 en in 2015 het niet mogelijk geweest om al voor het jaar 2015 op basis van addons 2012 goede berekeningen op verzekerdenniveau te maken.

Vraag 150:
Wat zal het onderzoek precies inhouden en wie zal het onderzoek naar oncologie gaan uitvoeren, dat omschreven staat in de tabel budgettaire gevolgen van beleid en in de toelichting hierop?

Antwoord 150:
Zie het antwoord op vraag 152.

Vraag 151:
Waarom zijn de subsidies aan Anonieme e-mental health en Eerstelijns gezondheidscentra in VINEX-gebieden niet in de toelichting van deze tabel opgenomen, en kan hier alsnog een toelichting op worden gegeven?

Antwoord 151:
Het Ministerie van VWS heeft voor de begroting 2016 bij de toelichting op de budgettaire tabellen een ondergrens gehanteerd van € 2,5 miljoen. De subsidies aan anonieme e-mental health en eerstelijns gezondheidscentra in VINEX-gebieden hebben beide een budget voor 2016 van € 2 miljoen. Deze posten voldoen niet aan de gestelde voorwaarde en daarom is de toelichting niet opgenomen.
Uiteraard kan de toelichting op de twee posten gegeven worden.

Anonieme e-mental health

Voor de financiering van anonieme e-mental health is in 2016 een bedrag van € 2 miljoen beschikbaar. Om dit geld te verdelen over het brede palet van anonieme e-mental health aanbieders is een Beleidskader anonieme e-mental health opgesteld, waarop aanbieders subsidieaanvragen indienen. Dit beleidskader is een tijdelijke maatregel, waarmee in 2016 subsidie wordt verstrekt aan een aantal aanbieders van anonieme e-mental health. Met deze tijdelijke maatregel is ruimte gecreëerd om een structurele oplossing vorm te geven, in afwachting van de inwerkingtreding van het wetsvoorstel dat een structurele basis zal bieden voor financiering van anonieme e-mental health. Het voorstel van wet tot wijziging van de Zorgverzekeringswet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en enkele andere wetten teneinde de bekostiging van anonieme e-mental health structureel te regelen en de anonieme financiering van zorg aan ernstig bedreigde cliënten mogelijk te maken (TK 33 675, nr. 3), is in de zomer van 2013 ingediend bij de Tweede Kamer. In het voorjaar van 2015 is de nota naar aanleiding van het verslag aangeboden.

Eerstelijns gezondheidscentra in VINEX-gebieden

Het is van belang dat er in grootschalige nieuwbouwlocaties, waar nog niet voldoende patiënten wonen, geïntegreerde eerstelijnszorg wordt aangeboden. Daarom worden gezondheidscentra in grootschalige nieuwbouwlocaties contractueel belast met het aanbieden van die zorg bij wijze van dienst van algemeen economisch belang. Dit betekent dat zij de taak hebben om op die locaties geïntegreerde eerstelijnszorg te verlenen en verder te ontwikkelen. Hiertoe zullen zij gedurende de aanloopperiode (maximaal vijf jaar) subsidie ontvangen. Hiervoor is in 2016 € 2 miljoen beschikbaar.

Vraag 152:
Wat voor onderzoek naar oncologie wordt bedoeld, waar 2 miljoen subsidie naar toe gaat vanaf volgend jaar?

Antwoord 152:
Het gaat hier om een initiatief gericht op excellent fundamenteel onderzoek op het terrein van de moleculaire oncologie. Deelnemende toponderzoekers moeten zich eerst nog beraden over de nader uit te werken strategische onderzoekslijnen die voor de komende periode zullen worden voorgesteld. Ook wie het onderzoek zal gaan uitvoeren moet nog nader worden bezien.
Pas aan de hand van een uitgewerkt plan zal, naar verwachting eind van dit jaar, nadere besluitvorming over subsidie van VWS plaatsvinden.

Vraag 153:
Wat houdt anonieme e-mental health in en kan de Minister uiteenzetten waarom er geen geld meer vanaf 2017 heen gaat?

Antwoord 153:
Anonieme e-mental health is hulpverlening voor psychische- of verslavingsproblemen via internet waarbij de persoon die hulp zoekt, anoniem wil blijven. Het gaat hier om eerstelijns psychologische zorg, of toegeleiding naar die zorg. Onder eerstelijns psychologische zorg wordt verstaan kortdurende generalistische behandeling van een persoon met lichte tot matig ernstige problematiek, inclusief de daarbij behorende diagnostiek. Bij zorgverlening aan anonieme personen is de zorg niet herleidbaar naar een individuele verzekerde. Als gevolg hiervan bestaat op grond van de Zorgverzekeringswet, geen bekostigingstitel voor de verzekeraar.

Om in de leemte van deze vorm van zorg te voorzien, wordt sinds 2011 deze zorg via een subsidieregeling (Beleidskader anonieme e-mental health) gefinancierd, vooruitlopend op de aanpassing van de Zorgverzekeringswet op dit punt. Ik heb in 2013 het voorstel van wet tot wijziging van de Zorgverzekeringswet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en enkele andere wetten teneinde de bekostiging van anonieme e-mental health structureel te regelen en de anonieme financiering van zorg aan ernstig bedreigde cliënten mogelijk te maken (TK 33 675, nr. 3) ingediend bij de Tweede Kamer. In afwachting van het van kracht worden van de wet is voor 2016 via een subsidie in de begroting € 2 miljoen beschikbaar. Deze structurele financiering is vanaf 2017 nog steeds beschikbaar, alleen wordt deze dan gefinancierd vanuit de premiemiddelen (in plaats vanuit de begrotingsmiddelen). Het Zorginstituut Nederland zal de bevoegdheid krijgen om deze vorm van hulp te subsidiëren. De middelen die het Zorginstituut Nederland hiervoor kan toekennen, zullen daarmee niet langer via de begroting van VWS lopen.

Vraag 154:

Waarom neemt de subsidie van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen komende jaren zo aanzienlijk af?

Antwoord 154:
De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) ontvangt een subsidie voor het project «Voorlichting, advies en hulp in het kader van het terugdringen van het aantal wanbetalers en onverzekerden zorgverzekeringen 2013».
De subsidie van de SKGZ neemt niet af, maar kent in de jaren 2015 en 2016 een aanvullende subsidie. Dit betreft een intensivering die zich richt op voortzetting van de bestaande activiteiten, zodat meer burgers bereikt kunnen worden. Het gaat hier om het verspreiden van voorlichtingsmateriaal, voorlichting aan doelgroepen en hulpverleners en het intensiveren van de samenwerking met zorgverzekeraars.

Vraag 155:
Waar is het verschil in de bijdrage van VWS van 2015 1.000 euro naar 2016 4.104.000 euro aan V en J voor C2000 te verklaren?

Antwoord 155:
Jaarlijks ontvangt het Ministerie van VWS van het Ministerie van Veiligheid en Justitie een verzoek om een bijdrage te leveren aan het C2000 budget. Voor 2015 is de bijdrage naar het Ministerie van VenJ overgeboekt; het resterende bedrag staat nog op de begroting.
Voor 2016 is een bedrag van € 4,1 miljoen geraamd. Deze raming wordt in 2016 bijgesteld naar het bedrag dat VWS daadwerkelijk overboekt naar het Ministerie van VenJ.

Vraag 156:
Waarom stopt het programma verspilling in de zorg in 2017? Wil de Minister dit na 2017 niet meer aanpakken?

Antwoord 156:
Bij de start van Rutte-II is het Programma aanpak verspilling opgenomen in het regeerakkoord als middel om de stijging van de zorgkosten te beperken. In het plan van aanpak Verspilling in de Zorg (TK 33 654, nr. 1) is aangegeven dat het Programma Aanpak verspilling in de Zorg gedurende de gehele kabinetsperiode zal lopen en dat daarna opnieuw kan worden bezien of en zo ja in welke vorm dit programma wordt gecontinueerd.

We zijn nu ongeveer halverwege de looptijd van dit Programma. Voorop staat dat de aanpak van verspilling in de zorg onverminderd mijn aandacht heeft. Het is nog te vroeg te beslissen of en in welke organisatorische vorm de aanpak gecontinueerd wordt in een volgende kabinetsperiode.

Vraag 157:
Waarom stijgt de bijdrage aan het Zorginstituut Nederland zoveel in 2016?

Antwoord 157:
Dit heeft voornamelijk te maken met een hogere uitgavenraming van de wanbetalersregeling en een intensivering van de taak «pakketbeheer». Voor wat betreft de wanbetalers verwijs ik naar mijn antwoord op vraag 85. Voor wat betreft pakketbeheer verwijs ik naar de onderbouwing in de begroting. Hierin heb ik aangegeven dat in het regeerakkoord Rutte-Asscher II is afgesproken dat het Zorginstituut Nederland jaarlijks een deel van het verzekerd pakket zal doorlichten (stringent pakketbeheer/ systematische doorlichting pakket). Hiervoor wordt aan het Zorginstituut Nederland aanvullend budget beschikbaar gesteld ten behoeve van de

uitbreiding van personele capaciteit en onderzoek. Voor 2016 is hiervoor een budget van € 15 miljoen beschikbaar.

Vraag 158:
Wordt door Nictiz, of een andere instantie, ook onderzocht in hoeverre de mate van digitalisering van de zorg invloed heeft op de kwaliteit en veiligheid? Zo nee, waarom niet? Zo ja, wat zijn de uitkomsten?

Antwoord 158:
De verbetering van kwaliteit van leven en zorg en patiëntveiligheid is één van de belangrijkste redenen om de digitalisering van zorg (eHealth) na te streven en in te voeren. Voorbeeld van dit laatste is de KNMG-richtlijn «Elektronisch voorschrijven» die op 1 januari 2014 van kracht is geworden. Die richtlijn bepaalt dat artsen alleen nog elektronisch medicatie mogen voorschrijven. Bovendien is het verplicht dat deze elektronische voorschrijfsystemen de arts op het moment van voorschrijven attenderen op mogelijke problemen. Onderzoek naar digitalisering van de zorg richt zich veelal op evidentie van effectiviteit, maar ook op kwaliteit en patiëntveiligheid[11]. In een aantal gevallen wordt een positief verband aangetoond. Verschillende onderzoeken geven inzicht in vermijdbare medische fouten bijvoorbeeld door verkeerde medicatie[12]. Ook zijn er onderzoeken die aantonen dat ziekenhuizen die IT-toepassingen als beslissingsondersteuning en barcodering gebruiken bij het voorschrijven en toedienen van medicijnen, efficiënter werken én minder fouten maken[13]. Een ander voorbeeld is «Gaston» de beslissingsondersteunende software die in het Catharina Ziekenhuis te Eindhoven is ontwikkeld samen met de TU Eindhoven. Een promotie-onderzoek aldaar heeft aangetoond dat deze software leidt tot een forse afname van medicatie-fouten. Bij een meting van de resultaten van gedurende 33 maanden bleek dat er in het betreffende ziekenhuis nu per jaar gemiddeld 960 extra medicatieaanpassingen plaatsvinden die beter zijn voor de patiënt. Een Nictiz-programma patiëntparticipatie en medicatieveiligheid, waarin verschillende ziekenhuizen en apothekers participeren, laat goede resultaten zien. Later dit jaar zullen de resultaten gepubliceerd worden tijdens een seminar. Daarnaast hebben veldpartijen en Nictiz geïnvesteerd in eHealth in de spoedeisende hulp, waardoor ambulancediensten sneller ter plaatse zijn, men over betere medische informatie beschikt en er een beter inzicht is in beschikbare ziekenhuisbedden, wat bijdraagt aan de kwaliteit en veiligheid van de zorg.

Vraag 159:
Is er binnen de taakopdracht van Stichting Lareb specifieke aandacht voor het signaleren van risico's van het gebruik van (een combinatie van) geneesmiddelen en vaccins voor een groter wordende groep oudere patiënten? Zo ja, op welke wijze wordt hier invulling aan gegeven?

Antwoord 159:
Stichting Lareb verzamelt, registreert en analyseert de risico's van geneesmiddelengebruik in de dagelijkse praktijk. Deze praktijkinformatie is een belangrijke aanvulling op de informatie over bijwerkingen uit registratie-onderzoeken. Deze onderzoeken hebben namelijk beperkingen

---

[11] Onder andere (internationaal) onderzoek naar elektronisch voorschrijven of elektronische dossiervoering, bijvoorbeeld: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26104743, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26352714, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26100143 en http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26110650.

[12] HARM-onderzoek (Hospital Admissions Related to Medication) uit 2006.

[13] Proefschrift P.Helmons (2 April 2014) Medication safety through information technology: a focus on medication prescribing and administration»

waardoor niet alle effecten bij alle groepen potentiële gebruikers kunnen worden onderzocht.

Stichting Lareb heeft juist daarom ook daarbij expliciet aandacht voor specifieke groepen, zoals ouderen en groepen (chronische) patiënten waarbij sprake is van polyfarmacie. Het verzamelen, registreren en analyseren van gegevens over bijwerkingen (inclusief de mogelijk effecten van wisselwerkingen) van geneesmiddelen en vaccins levert kennis op, die eerder niet of onvoldoende bekend was. Deze kennis wordt gedeeld met het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) die de wettelijke taak heeft op het gebied van farmacovigilantie en met beroeps-beoefenaren. Daarnaast publiceert Lareb ook met enige regelmaat hierover.

Vraag 160:
Is de subsidie voor de familievertrouwenspersoon toereikend om in extramurale setting te werken?

Antwoord 160:
De financiering van de familievertrouwenspersonen is van oorsprong geënt op de activiteiten op dit terrein ten behoeve van familie van cliënten/patiënten die opgenomen zijn in een GGZ-instelling. Het ligt in de rede om aan te sluiten bij de ambulantisering en daarmee ook familievertrouwenswerk mee te nemen ten behoeve van cliënten/patiënten die in ambulante zorg zijn. Ik ben hierover in gesprek met de Landelijke Stichting Familie Vertrouwenspersonen (LSFVP).
In 2014 was sprake van onderuitputting van het budget aan instellingssubsidie van de LSFVP. Daarom heb ik vooralsnog geen reden om aan te nemen dat de toegekende financiële middelen die ik voor deze activiteiten op basis van een instellingsubsidie ter beschikking stel, niet toereikend zouden zijn.

Vraag 161:
Waarom kunnen de verplichte nascholingsprogramma’s voor apothekers niet voor de benodigde kwaliteitsimpuls zorgen en moet hier een apart stimuleringsprogramma van 2,9 miljoen euro voor opgezet worden?

Antwoord 161:
Zoals ik u in mijn brief met de resultaten van het bestuurlijk overleg farmacie heb aangegeven, staat mij en veldpartijen een toekomstbeeld voor ogen waarin de extramurale farmaceutische zorg een essentiële plaats inneemt binnen de Nederlandse gezondheidszorg. Hierbij past een apotheker die zorgverlener is en multidisciplinair samenwerkt met andere zorgverleners in een geïntegreerde eerste lijn dichtbij de patiënt. Ten aanzien van de farmaceutische sector is de laatste jaren dan ook doelbewust een koers ingezet om een structuur in te richten die de kwaliteit van de farmaceutische zorg borgt en een impuls geeft. Om deze kwaliteitsverbetering op korte termijn te bereiken, ben ik voornemens de KNMP een subsidie toe te zeggen met als doel een stimuleringsprogramma op te zetten ten einde een versnelling in de competentieontwikkeling van openbaar apothekers te bewerkstelligen. Dit om de zittende generatie openbaar apothekers klaar te stomen voor de veranderingen in het beroep van openbaar apotheker om maatwerk te kunnen leveren voor de patiënt en de toegang tot kwalitatief hoogstaande farmaceutische zorg te borgen.

Vraag 162:
In welke mate wordt bij de financiering van de familievertrouwenspersonen in GGZ-instellingen rekening gehouden met ambulantisering? Heeft dit effecten op de financieringsgrondslag die tot nu toe gericht is op

familieondersteuning binnen de instellingen? Wordt het ook mogelijk gemaakt dat er buiten de instellingen hulp wordt geboden aan familieleden?

Antwoord 162:
Zie het antwoord op vraag 160.

Vraag 163:
Er is 1.6 miljoen euro beschikbaar voor de activiteiten rondom suïcidepreventie, exclusief de meerjarige onderzoeksagenda van ZonMW. Hoeveel juridische ruimte is er nog voor deze subsidie?

Antwoord 163:
De hoogte van de instellingssubsidie van Stichting 113Online[14] is sinds 2012 met 30% toegenomen en is daarmee opgelopen van € 1 miljoen tot € 1,4 miljoen in 2014. In 2015 is het bedrag aan instellingssubsidie verder opgelopen tot € 1,6 miljoen Dit bedrag is exclusief de middelen die ik heb begroot voor de Onderzoeksagenda suïcidepreventie en de jaarlijkse projectsubsidie die ik Stichting 113Online verleen ter hoogte van € 0,3 miljoen in het kader van de uitvoering van de Landelijke agenda suïcidepreventie. Het genoemde bedrag voor de begroting 2016 van € 1,6 miljoen voor suïcidepreventie is daarmee voor 100% juridisch verplicht.

Zoals ik heb toegezegd in het AO Suïcidaliteit, zal ik nog voor de begrotingsbehandeling met een voorstel komen met betrekking tot de financiering van Stichting 113Online met een doorkijk naar de komende jaren.

Tijdens het Algemeen Overleg Suïcidaliteit van 30 september jl. heb ik toegezegd om u te informeren over het overleg met Stichting 113Online over de uitbreiding van haar activiteiten en de daarmee gepaard gaan financiële intensivering. De Stichting 113Online heeft een sterke groei doorgemaakt in de afgelopen jaren. In 2012 ontving 113Online een instellingssubsidie ter hoogte van circa € 0,8 miljoen, inmiddels is deze instellingssubsidie voor 2015 opgelopen naar circa € 1,6 miljoen[15] en is daarmee binnen dit krappe tijdsbestek praktisch verdubbeld. Daarmee kan de stichting prachtig werk verrichten, tegelijkertijd zien we ons nog steeds geconfronteerd met teveel suïcides en zijn we het erover eens dat er meer moet gebeuren. Sinds het voorjaar van 2015 zijn VWS en de Stichting 113Online daarom met elkaar in gesprek over een substantiële uitbreiding van het volume van de directe hulpverlening die 113Online biedt en de versteviging van haar expertisefunctie. Op mijn verzoek heeft 113Online eind augustus 2015 een voorstel voor duurzame financiering en beheerste groei geformuleerd op basis waarvan de instellingsubsidie van de huidige circa € 1,6 miljoen zou oplopen in 2018 tot € 2,8 miljoen. Recent heeft 113Online mij aangegeven dat zij een snellere en verdere groei nodig acht, om haar ambitie te kunnen realiseren om het aantal suïcides in 2030 omlaag te hebben gebracht tot 800 per jaar. Concreet vraagt 113Online om een verdere intensivering van de instellingssubsidie oplopend tot € 3,4 miljoen in 2018, een verdubbeling ten opzichte van 2016. De ambitie die 113Online heeft om het aantal suïcides in 2030 met 30% terug te dringen is groot en verdient waardering en steun. Ik ben bereid aan deze groei naar € 3,4 miljoen te accommoderen. Tegelijkertijd is het belangrijk om een dergelijk forse groei met de nodige zorgvuldigheid te bezien en zo nodig te faseren, zodat de organisatie van 113Online de groei ook kan accommoderen. Het laatste wat ik zou willen is dat de Stichting 113Online

---

[14] Inclusief de instellingssubsidie voor Ex6 (voorportaal van Stichting 113Online). Deze instelling krijgt sinds 2009 een instellingssubsidie; de hoogte van deze instellingssubsidie is sindsdien praktisch verdubbeld.
[15] Dit bedrag geldt voor Ex6 en 113Online gezamenlijk.

aan slagkracht inboet door een te snelle groei. Met 113Online wil ik daarom het gesprek voortzetten om vanaf 2016 het fundament voor de brede rol en inzet vanuit Stichting 113Online op het terrein van suïcidepreventie op een duurzame en beheerste wijze verder te verstevigen.

Vraag 164:
Waarom wordt de subsidieregeling medisch-specialistische zorg voortgezet terwijl er weinig gebruik van wordt gemaakt? Hoeveel vrijgevestigde medisch specialisten hebben inmiddels gebruik gemaakt van de subsidieregeling? Zijn hierbij verschillen te constateren tussen het aangaan van een dienstverband bij een ZBC of een ziekenhuis?

Antwoord 164:
De Subsidieregeling overgang integrale tarieven medisch-specialistische zorg beoogde de overstap naar loondienst een reële keuzemogelijkheid te maken bij de overgang naar integrale bekostiging.

449 medisch specialisten maken gebruik van deze regeling van 2015. Het merendeel is werkzaam bij een algemeen ziekenhuis, enkele tientallen zijn werkzaam bij een ZBC. Aangezien bijna 450 medisch specialisten gebruik hebben gemaakt van de regeling, is duidelijk dat de subsidieregeling in een behoefte voorzag. In 2016 wordt opnieuw een subsidieregeling ingesteld. Het goed inrichten van de besturing van ziekenhuizen is met de overgang van 1 januari 2015 niet afgerond. Het is belangrijk dat ziekenhuizen en medisch specialisten blijven nadenken over wat voor hen de beste manier is om de samenwerking zo in te richten dat deze is afgestemd op de behoeften en wensen van patiënten, en de kwaliteit en doelmatigheid van de geleverde zorg ten goede komt. Dat kan betekenen dat medisch specialisten overwegen om in 2016 alsnog over te gaan op het loondienstmodel. Door een nieuwe subsidieregeling in te stellen blijft daarbij ook de overstap naar loondienst een reële keuzemogelijkheid.

Vraag 165:
Kunt u een overzicht geven van de onderzoeken die ZonMW in het kader van Doelmatigheidsonderzoek met behulp van deze middelen uitvoert en gaat uitvoeren de komende jaren?

Antwoord 165:
Ten gevolge van het amendement Rutte (19 november 2014) is het budget voor het programma Doelmatigheidsonderzoek vanaf 2015 tot en met 2017 jaarlijks met € 1 miljoen verhoogt om een impuls voor zorgevaluaties te realiseren. Oogmerk hiermee is de kwaliteit en doelmatigheid in de zorg te bevorderen. Het totale budget voor het programma Doelmatigheidsonderzoek (DO) 2016–2018 bedraagt circa € 32,3 miljoen.

In de jaren 2015–2017 zal jaarlijks € 3 miljoen van het programmabudget geoormerkt worden voor onderzoek naar actuele doelmatigheidsvragen in relatie tot de Kwaliteits- en Doelmatigheids- (K&D) agenda behorend bij het hoofdlijnakkoord medisch-specialistische zorg. In de uitvoering van de K&D agenda in de jaren 2015–2016 is afgesproken een heldere focus te hanteren en de 30 meest relevante aandoeningen centraal te stellen (TK 32 620, nr. 149). Het gaat om:

1. Aneurysma Aorta Abdominalis (AAA)
2. Acuut Myocard Infarct en coronair vaatlijden
3. Blaaskanker
4. Borstkanker
5. Carpale tunnel syndroom
6. Cataract
7. Chronisch nierfalen
8. CVA (inclusief risicofactoren zoals carotis stenose)

9. Cystic Fibrosis
10. Darmkanker
11. Diabetes
12. Geboortezorg
13. Heupfractuur
14. Heupvervanging
15. Infectieziekten
16. Knievervanging
17. Lage rughernia
18. Liesbreuk
19. Longkanker
20. Melanoom
21. Morbide obesitas
22. Multitrauma
23. Ovariumkanker
24. Pancreaskanker
25. Parkinson
26. Perifeer Arterieel Vaatlijden
27. Prostaatkanker
28. Slokdarm- en maagkanker
29. Varices
30. Ziekenhuiszorg als onderdeel van de spoedzorgketen (SEH, IC)

Omdat de programmering pas vanaf 2016 zal plaatsvinden zijn concrete projecten nog niet te benoemen.

Voor uitgebreidere informatie over de invulling van het programma Doelmatigheidsonderzoek van ZonMw verwijs ik u naar de volgende site www.zonmw.nl/nl/programmas/programma-detail/doelmatigheidsonderzoek/algemeen en meer specifiek naar het document Beleidsupdate 2014 (www.zonmw.nl/uploads/tx_vipublicaties/150423_BeleidsUpdate_DO_2014.pdf).

Vraag 166:
Waarom is er gekozen voor een mogelijke verlening van de regeling die getroffen was voor vrijgevestigde medisch specialisten, als nu al gebleken is dat hier geen animo voor was?

Antwoord 166:
Zie het antwoord op vraag 164.

Vraag 167:
Welke maatregelen zijn er genomen om afgewezen asielzoekers direct contant te laten afrekenen voor hun zorggebruik?

Antwoord 167:
Afgewezen asielzoekers die nog onder verantwoordelijkheid van het COA in Nederland worden opgevangen vallen nog onder de Regeling Zorg Asielzoekers (RZA). Asielzoekers die door het COA worden opgevangen moeten op grond van artikel 20 van de Regeling Verstrekkingen Asielzoekers en andere categorieën vreemdelingen 2015 opgeven of zij inkomsten of vermogen hebben. Indien dit het geval is, kan het COA de kosten van opvang op de asielzoeker verhalen. Dit geldt ook voor de zorgkosten.

Zodra zij niet meer onder verantwoordelijkheid van het COA worden opgevangen, is deze regeling niet meer van toepassing. Iedere vreemdeling die niet rechtmatig in Nederland verblijft is er in beginsel zelf verantwoordelijk voor dat de kosten van aan hem verleende medische zorg worden betaald. Als illegalen en andere onverzekerbare vreemde-

lingen geen (particuliere) verzekering hebben gesloten ten laste waarvan de kosten kunnen worden gebracht, zullen zij de kosten van verleende medische zorg dus zelf moeten betalen. In gevallen waarin ondanks inspanningen van de zorgaanbieder de kosten niet op deze patiënten te verhalen zijn, kunnen zorgaanbieders een beroep doen op een wettelijke bijdrageregeling (Regeling financiering zorg onverzekerbare vreemdelingen).

Vraag 168:
Hoe wordt bepaald of een vreemdeling, een illegaal of een asielzoeker zijn zorgpremie niet zelf kan bepalen?

Antwoord 168:
Een asielzoeker (een vreemdeling aan wie de toegang tot Nederland niet is geweigerd en door wie of ten behoeve van wie een asielaanvraag is ingediend) is in de regel opgenomen in de opvang van het COA. Op hen is de Regeling opvang asielzoekers (Roa) van toepassing. De zorg wordt geboden door gecontracteerde zorgaanbieders. Op grond van artikel 20 van de Regeling Verstrekkingen Asielzoekers en andere categorieën vreemdelingen 2005 zijn asielzoekers verplicht aan het COA opgave te doen van hun inkomen en vermogen. Indien een asielzoeker die verblijft in een opvangvoorziening beschikt over een vermogen groter dan de vermogensgrens artikel 34 van de Participatiewet of inkomsten heeft, anders dan een uitkering op grond van de Kinderbijslagwet of op basis van deze regeling, is die asielzoeker aan het COA een vergoeding verschuldigd in de kosten van zijn opvang alsmede van de opvang van zijn gezinsleden. Dit geldt ook voor de zorgkosten.

Afgewezen asielzoekers die nog onder verantwoordelijkheid van het COA in Nederland worden opgevangen vallen nog onder de Regeling Zorg Asielzoekers (RZA). Asielzoekers die door het COA worden opgevangen moeten op grond van artikel 20 van de Regeling Verstrekkingen Asielzoekers en andere categorieën vreemdelingen 2015 opgeven of zij inkomsten of vermogen hebben. Indien dit het geval is, kan het COA de kosten van opvang op de asielzoeker verhalen. Dit geldt ook voor de zorgkosten.

Iedere vreemdeling die niet rechtmatig in Nederland verblijft, is er in beginsel zelf verantwoordelijk voor dat de kosten van aan hem verleende medische zorg worden betaald. Als illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen geen (particuliere) verzekering hebben gesloten ten laste waarvan de kosten kunnen worden gebracht, zullen zij de kosten van verleende medische zorg dus zelf moeten betalen.
Indien illegalen en onverzekerbare vreemdelingen niet in staat zijn de rekening voor de aan hen verleende zorg te betalen, worden zorgaanbieders geconfronteerd met (deels) onbetaalde kosten. In gevallen waarin ondanks inspanningen van de zorgaanbieder de kosten niet op deze patiënten te verhalen zijn, kunnen zorgaanbieders een beroep doen op een wettelijke bijdrageregeling (Regeling financiering zorg onverzekerbare vreemdelingen).

Let wel, in bovenstaande gevallen gaat het dus om de zorgkosten. De in bovenstaande antwoordgenoemde groepen zijn niet Zvw-verzekerd en betalen dus geen zorgpremie.

Vraag 169:
Hoeveel mensen moeten op dit moment een bestuursrechtelijke premie betalen omdat zij een betalingsachterstand van meer dan zes maanden hebben op hun zorgverzekeringspremie?

Antwoord 169:
Op 1 juni 2015 waren er 333.751 mensen aangemeld bij Zorginstituut Nederland als wanbetaler en moeten daarom een bestuursrechtelijke premie betalen.

Vraag 170:
Kunt u een trendmatig overzicht geven van hoeveel mensen sinds de invoering van het zorgstelsel in 2006 een bestuursrechtelijke premie moeten betalen? Kunt u een overzicht geven per jaar?

Antwoord 170:
De Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering is in 2009 Afdeling 3.3.2 (artikelen 18a tot en met 18g) aan de Zorgverzekeringwet toegevoegd. De aanmelding van wanbetalers voor het bestuursrechtelijk premieregime is gestart per 1 september 2009.

In de onderstaande tabel[16] is het aantal wanbetalers in het bestuursrechtelijk premieregime vanaf het begin van de regeling opgenomen (bron: Zorginstituut).

	2010	2011	2012	2013	2014	Juni 2015
Aantal wanbetalers	266.502	303.797	298.716	316.006	327.334	333.751

Op 1 juni 2015 waren er 333.751 wanbetalers in het bestuursrechtelijk premieregime. Het Zorginstituut verwacht eind 2015 circa 338.000 wanbetalers. Dit is 2,5% van het aantal premieplichtigen.

Vraag 171:
Hoeveel mensen moeten al sinds de invoering van de wanbetalerswet in 2009 een bestuursrechtelijke premie betalen?

Antwoord 171:
Het betreft hier het zogenaamde «stuwmeer» van wanbetalers. Dit zijn de wanbetalers die zijn aangemeld tussen 1 september 2009 en 1 oktober 2010 en dus al vanaf het begin in het bestuursrechtelijk premieregime zitten. Eind 2014 waren dit 80.300 mensen.

Vraag 172:
Hoeveel mensen betaalden in 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 en 2015 een bestuursrechtelijke premie? Kunt u dit uitsplitsen per jaar?

Antwoord 172:
Met de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering is in het jaar 2009 Afdeling 3.3.2 (artikelen 18a tot en met 18g) aan de Zvw toegevoegd. De eerste wanbetalers zijn per 1 september 2009 aangemeld voor het bestuursrechtelijk premieregime. In de tabel bij het antwoord op vraag 170 is het aantal wanbetalers in het bestuursrechtelijk premieregime opgenomen (bron: Zorginstituut). Het gemiddelde inningspercentage van de afgelopen jaren is 40%. De inning gebeurt door middel van inhoudingen op het inkomen, omleiden van zorgtoeslag, het versturen van acceptgiro's en inningen door deurwaarders.

Vraag 173:

[16] Het aantal wanbetalers in jaar t + 1 is niet gelijk aan het aantal wanbetalers in jaar t plus/min de in- en uitstroom van het aantal wanbetalers in jaar t als gevolg van correcties in de administratie.

Kunt u aangeven hoe lang mensen gemiddeld een bestuursrechtelijke premie moeten betalen?

Antwoord 173:
Zorginstituut Nederland heeft het gemiddelde berekend voor wanbetalers in het bestuursrechtelijk premieregime en wanbetalers die inmiddels zijn uitgestroomd. Wanbetalers in het bestuursrechtelijk premieregime zitten daar gemiddeld 33,5 maanden. De spreiding (standaarddeviatie) is echter groot met plus / min 23 maanden. De gemiddelde duur van wanbetalers die inmiddels uit het bestuursrechtelijk premieregime zijn gestroomd is 17,5 maanden. De spreiding (standaarddeviatie) bij deze groep is plus / min 14,8 maanden. Verder geeft het Zorginstituut Nederland aan dat van alle mensen die in 2014 bij het Zorginstituut Nederland zijn aangemeld als wanbetaler, 41% inmiddels weer is afgemeld.

Vraag 174:
Kunt u de ontwikkeling van het aantal mensen dat een bestuursrechtelijke premie moet betalen nader toelichten? Welke invloed heeft de stijging van het eigen risico hierop?

Antwoord 174:
Het aantal wanbetalers in het bestuursrechtelijk regime is in 2014 met circa 11.000 personen gestegen ten opzichte van 2013. Ook in de eerste helft van 2015 is het aantal wanbetalers gestegen. Op 1 juni 2015 stonden er 333.751 wanbetalers geregistreerd bij Zorginstituut Nederland.

De aanmelding van wanbetalers voor het bestuursrechtelijk premieregime heeft uitsluitend betrekking op een betalingsachterstand van zorgpremie. Of en in welke mate het eigen risico invloed heeft op het betalen van de zorgpremie is niet bekend. Er zijn veel variabelen denkbaar die van invloed kunnen zijn, zoals de economische situatie of trends in gedrag rond schuldenproblematiek.

Vraag 175:
Hoeveel mensen hadden in 2014 een betalingsregeling met hun zorgverzekering? Hoeveel waren dat er in, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012 en 2013?

Antwoord 175:
Ten behoeve van de jaarlijkse Verzekerdenmonitor wordt sinds september 2013 het aantal lopende betalingsregelingen in beeld gebracht waar ten minste de premieschuld in zit. Eind 2014 waren er 152.985 lopende betalingsregelingen. Eind 2013 waren dit er 124.644. Er is geen cijfer beschikbaar van het totaal aantal betalingsregelingen (dus inclusief de betalingsregelingen voor alleen het eigen risico) bij alle zorgverzekeraars. Wel constateer ik dat zorgverzekeraars steeds vaker bij wijze van service de mogelijkheid van gespreid betalen van eigen risico aanbieden aan verzekerden (zie hiervoor ook het antwoord op vraag 485).

Vraag 176:
Kunt u een overzicht sturen van welke vergoedingen voor welke aandoening aan het basispakket zijn toegevoegd of er zijn uitgehaald vanaf 2006 t/m 2015?

Antwoord 176:
Bij de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet (Zvw) per 1 januari 2006 is besloten dat het verzekerde pakket van de Ziekenfondswet zoals dat eind 2005 gold, bepalend was voor de aard, inhoud en omvang van het Zvw-pakket. Het Zvw-pakket 2006 was dan ook gelijk aan het ziekenfondspakket van ultimo 2005. Per 1 januari 2006 zijn er geen wijzigingen in het pakket aangebracht, geen uitbreidingen en ook geen beperkingen.

Ten aanzien van wijzigingen in de medisch-specialistische zorg dient te worden opgemerkt dat de omschrijving van de te verzekeren prestaties in de Zvw het mogelijk maakt dat het verzekerde pakket de medisch-inhoudelijke en maatschappelijke ontwikkelingen volgt. Hierdoor stromen nieuwe interventies en zorgvormen die voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk «automatisch» het verzekerde pakket in. Daar tegenover staat dat verouderde interventies en zorgvormen die in de medische praktijk niet meer worden toegepast «automatisch» uit het basispakket verdwijnen, omdat deze niet langer voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk. Omdat deze «automatische» in- en uitstroom in veel gevallen niet plaatsvindt op basis van uitspraken van het Zorginstituut, is het niet mogelijk hiervan een volledig beeld te geven. Wel zijn er in de medische wetenschap in brede zin de afgelopen 10 jaar veel ontwikkelingen geweest die ook impact hebben op het verzekerde pakket (van nieuwe dure geneesmiddelen, behandelingen zoals de Da Vinci robot, tot wijze van behandeling zoals de kijkoperaties).
Behalve de in de vorige alinea bedoelde in- en uitstroom, vindt ook in- en uitstroom plaats op basis van politieke besluitvorming. In bijgaande drie tabellen is een overzicht hiervan opgenomen. Tabel 3 betreft de voorwaardelijk toegelaten behandelingen.

Tabel 1: Overzicht politiek besloten uitbreidingen basispakket 2007–2015

Jaar	Uitbreiding
2007	uitbreiding aantal zittingen psychotherapie
2008	jeugdtandzorg t/m 21 jaar
2009	dyslexiezorg aan kinderen t/m 12 jaar
2010	geen uitbreidingen basispakket
2011	– bekkenfysiotherapie in verband met urine-incontinentie – stoppen met roken
2012	geen uitbreidingen basispakket
2013	– brillenglazen voor kinderen met medische indicatie – vervallen minimum leeftijdsgrens van 6 jaar bij fluorideapplicatie blijvende gebitselementen – geriatrische revalidatie (overheveling uit AWBZ) – bruikleen hulpmiddelen (overheveling uit AWBZ)
2014	geen uitbreidingen basispakket
2015	– niet-invasieve prenatale test (NIPT) – zintuiglijk gehandicaptenzorg (overheveling uit AWBZ) – verpleging en verzorging zonder verblijf (overheveling uit AWBZ) – tweede en derde jaar intramurale geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (overheveling uit AWBZ)

Tabel 2: Overzicht politiek besloten beperkingen basispakket 2007–2015

Jaar	Beperking
2007	geen beperkingen basispakket
2008	geen beperkingen basispakket
2009	– slaapmiddelen – cholesterolverlagers – hulpmiddelen
2010	acetylcysteïne
2011	– antidepressiva – jeugd tandzorg boven 18 jaar – extracties – anticonceptie – fysiotherapie 9 naar 12 behandelingen voor eigen rekening
2012	– fysiotherapie 12 naar 20 behandelingen voor eigen rekening – fysiotherapie, beperking chronische lijst – maagzuurremmers, met uitzondering van chronisch gebruik – stoppen met roken[1] – dieetadvisering[1] – eerstelijns psychologische zorg, van 8 naar 5 behandelingen[2] – aanpassingsstoornissen

Jaar	Beperking
2013	– eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen – redressiehelm – beperking aantal terug te plaatsen embryo's bij ivf – vruchtbaarheidsbehandelingen voor vrouwen van 43 jaar of ouder – paracetamol/codeïne
2014	geen beperkingen basispakket
2015	– jeugd-ggz, inclusief dyslexiezorg voor kinderen naar Jeugdwet (gefinancierd) – combinatietest voor zwangere vrouwen vanaf 36 jaar

[1] Per 1 januari 2013 weer in basispakket opgenomen.
[2] Per 1 januari 2014 is deze beperking vervallen met de invoering van de generalistische basis ggz.

Tabel 3: Overzicht voorwaardelijk toegelaten behandelingen 2012–2015

Jaar	Voorwaardelijk toegelaten behandelingen
2012	anesthesiologische pijnbestrijdingstechnieken bij patiënten met chronische aspecifieke lage rugpijn
2013	– renale denervatie bij patiënten met therapieresistentie – behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolyse
2014	– het endoscopisch in plaats van chirurgisch behandelen van abcessen bij patiënten met geïnfecteerde pancreasnecrose – autologe stamceltransplantaties bij therapierefractaire patiënten (patiënten die niet voldoende reageren op medicamenteuze behandeling met o.a. TNF-alfa blokkers) met de ziekte van Crohn
2015	– het geneesmiddel Belimumab (Benlysta) bij een deel van de volwassen patiënten met Systemische Lupus erythematosus (SLE) – tumor infiltrerende lymfocyten (TIL) bij patiënten met uitgezaaid melanoom in de laatste stadia – een bepaald type chemotherapie (HIPEC) ter preventie van uitzaaiingen in de buik bij bepaalde patiënten met darmkanker – borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie

Vraag 177:
Hoe was de verdeling naar inkomensgroep van mensen die de bestuursrechtelijke premie betalen? Hoe was die verdeling in 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 en 2014?

Antwoord 177:
Deze informatie is niet beschikbaar. Alleen voor de Verzekerdenmonitor 2014 (TK 33 077, nr. 14) zijn door het Centraal Bureau voor de Statistiek extra kenmerken in beeld gebracht van de wanbetalers die zijn aangemeld tussen 1 september 2009 en 1 oktober 2010 (het zogenoemde «stuwmeer»). Het betreft hier onder andere de bron van inkomen. In de Verzekerdenmonitor 2014 is toegelicht dat van de bovengenoemde groep ruim 41% een uitkering heeft en ruim 43% een inkomen.

Vraag 178:
Wat waren de landelijke uitvoeringskosten van de zorgverzekeraars inzake het treffen van betalingsregelingen in 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 en 2015? Is hier een trend in te herkennen? Zo ja, kunt deze verklaren?

Antwoord 178:
De uitvoeringskosten voor het treffen van betalingsregelingen worden niet apart in beeld gebracht. Deze kosten zijn onderdeel van het gehele debiteurenbeheer die zorgverzekeraars uitvoeren net als ieder andere organisatie die te maken heeft met debiteuren. Wel is duidelijk dat zorgverzekeraars steeds vaker betalingsregelingen of de mogelijkheid tot gespreide betaling aanbieden aan verzekerden. Vaak gebeurt dit ook als service zonder dat direct sprake is van grote betalingsproblemen.

Vraag 179:

Hoeveel mensen maakten in 2015 gebruik van een collectieve ziektekostenverzekering die in samenwerking met de gemeente aangeboden wordt? Hoeveel mensen waren dat in 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 en 2014?

Antwoord 179:
Volgens Bureau BS&F, dat ruim driekwart van de Nederlandse gemeenten ondersteunt bij het versterken van het sociaal beleid, waaronder ook de collectieve zorgverzekering, zijn er in 2015 620.000 deelnemers (inclusief kinderen) aan gemeentelijke collectiviteiten.

In onderstaande tabel wordt de ontwikkeling van aantal deelnemers aan gemeentelijke collectiviteiten (inclusief kinderen) vanaf 2009 weergegeven.

2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
580.000	600.000	600.000	560.000	550.000	560.000	620.000

Bron: Bureau BS&F

Het lagere aantal deelnemers in de periode 2012–2014 is het effect van de (achteraf tijdelijke) beperking van het mogen verschaffen van een bijdrage in de premie tot 110%. De stijging in 2015 hangt samen met het inzetten van de gedecentraliseerde Wtcg/CER-middelen via de gemeentepolis.

Vraag 180:
Waarop is de afname van onverzekerden van 29.500 in 2015 naar 27.500 in 2016 gebaseerd terwijl dit aantal tot op heden alleen is gestegen?

Antwoord 180:
De SVB is in de loop van 2015 gestart met datamining waardoor de groep niet verzekeringsplichtige buitenlandse studenten uit de bestandsvergelijking wordt gefilterd. Dit verklaart de verwachte afname van het aantal onverzekerden.

Vraag 181:
Voor hoeveel en welke locaties in de intramurale ouderenzorg bestaan wachtlijsten en wat is de omvang van elk van deze wachtlijsten, zowel binnen als buiten de treeknorm?

Antwoord 181:
Zie het antwoord op vraag 182.

Vraag 182:
Voor hoeveel locaties in de intramurale geestelijke gezondheidszorg bestaan wachtlijsten en wat is de omvang van elk van deze wachtlijsten, zowel binnen als buiten de treeknorm?

Antwoord 182:
In de drie bijlagen treft u gedetailleerde informatie aan over de wachtlijst voor de ouderenzorg, de gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg[17]. Het betreft cliënten die «actief wachtend» zijn. Bij de wachttijd wordt onderscheid gemaakt tussen korter en langer dan de Treeknorm.

Bijlage 1:

[17] Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer

1. Trend actief wachtend zonder overbruggingszorg, korter dan de Treeknorm.
2. Trend actief wachtend met overbruggingszorg, korter dan de Treeknorm.

Bijlage 2:
1. Trend actief wachtend zonder overbruggingszorg, langer dan de Treeknorm.
2. Trans actief wachtend met overbruggingszorg, langer dan de Treeknorm.
3. Trend wenswachtend zonder overbruggingszorg, langer dan de Treeknorm.
4. Trend wenswachtend wachtend overbruggingszorg, langer dan de Treeknorm.
5. Trend totaal aantal wenswachtenden.

Bijlage 3:
1. Actief wachtend, langer dan de treeknormen en geen overbruggingszorg.
2. Actief wachtend, langer dan de treeknormen met overbruggingszorg.
3. Wachtend op plek van voorkeur, zonder overbruggingszorg.
4. Wachtend op plek van voorkeur, met overbruggingszorg.

Op de site www.istandaarden.nl publiceert het Zorginstituut maandelijks de stand van de wachtlijst. De actief wachtenden worden ook gespecificeerd per instelling op basis van de AGB-code.

Vraag 183:
Hoeveel mensen staan op een wachtlijst voor zorg thuis, wat is de gemiddelde wachttijd en wat zijn de minimum- en maximumwachttijden?

Antwoord 183:
Zie het antwoord op vraag 185.

Vraag 184:
Hoeveel en welke organisaties hebben een cliëntenstop aangekondigd in 2015? Wat waren de redenen die zij daarvoor aan hebben gedragen?

Antwoord 184:
Er zijn aanbieders die aangeven dat ze tegen hun omzetplafond aanlopen en daarom geen nieuwe patiënten meer aannemen. Over de stichting Zorgcentra Rivierenland en de Vierstroom in Zoetermeer zijn eerder berichten verschenen. Inmiddels hebben ook andere organisaties een cliëntenstop aangekondigd. Ik heb op dit moment geen totaaloverzicht van organisaties met een cliëntenstop. Zorgverzekeraars hebben aangegeven over te gaan tot bijcontractering waar dat nodig is. Zij zullen eerst binnen de regio kijken naar mogelijkheden om te herschikken. Indien de zorgplicht in gevaar komt zal gericht worden bijgecontracteerd. Redenen die organisaties aangeven voor de aangekondigde patiëntenstops zijn het krappe overeen gekomen omzetplafond en de toename van nieuwe cliënten.

Vraag 185:
Hoe zien de wachtlijsten eruit in de Wlz, uitgesplitst naar de afzonderlijke sectoren?

Antwoord 185:
De informatie over de mensen die op een wachtlijst staan voor zorg thuis en zorg in een intramurale instelling treft u aan in bijlage 3. Deze bevat gedetailleerde wachtlijstgegevens, stand 1 augustus en bevat alle

sectoren, trend actief wachtend met en zonder overbruggingszorg, trend wenswachtend met en zonder overbruggingszorg, onderverdeling naar prestaties (zzp, functie), duur van de wachttijd, verdeling per concessiehouder. Zie verder het antwoord op vraag 182.

Vraag 186:
Hoe zien de wachtlijsten eruit bij zorginstellingen die gefinancierd worden vanuit de Zorgverzekeringswet, inclusief de ggz?

Antwoord 186:
Zie voor de wachttijden in de medisch-specialistische zorg ook het antwoord op vraag 131.
De NZa rapporteert jaarlijks uitgebreid over de wachttijdontwikkeling in de Marktscan medisch-specialistische zorg en de Marktscan GGZ. De meest recente rapportages dateren van 16 december 2014 (medisch-specialistische zorg, TK 29 248, nr. 280) en van 1 december 2014 (ggz, TK 31 765, nr. 111) en 8 juli 2015 (verdiepende analyse ggz, TK 31 765, nr. 161). Eind van dit jaar zal ik u informeren over de landelijke wachttijdenontwikkeling in de medisch-specialistische zorg via de Marktscan medisch-specialistische zorg en over de ggz via de Marktscan ggz en het rapport van de NZa over de zorgplicht in de ggz.

Vraag 187:
Zijn er wachtlijsten bij jeugdinstellingen? En zo ja, wat is de omvang van deze wachtlijsten?

Antwoord 187:
Wachttijdinformatie maakt niet apart deel uit van de landelijke monitoring van het jeugdhulpgebruik. Maar gemeenten en Rijk kijken natuurlijk samen naar opvallende signalen uit de beleidsinformatie of uit andere bronnen zoals de signalen van patiëntenorganisaties.
Signalen van wachtlijsten zijn medio juni 2015 besproken in bestuurlijk overleg met VNG en branches. Partijen hebben bevestigd dat per geval altijd scherp wordt gekeken of er directe hulp nodig is. Verder hebben de verantwoordelijke wethouders in de VNG-subcommissie van 2 juli 2015 onderling afspraken gemaakt over de manier waarop zij omgaan met wachtlijsten, met name over het volgen van de zogenoemde Treeknormen, factfinding, informatie delen tussen instellingen en tussen gemeenten en de coördinerende rol van de VNG bij bovenregionaal en landelijk aanbod.

Vraag 188:
Hoeveel verzorgingshuizen zijn er in, 2012, 2013, 2014 en 2015 gesloten en hoeveel zijn dat er naar verwachting in 2016?

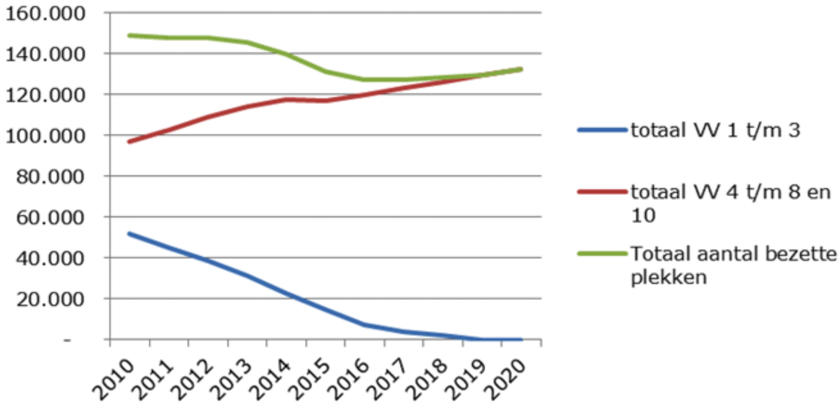
Antwoord 188:
Er wordt landelijk geen lijst bijgehouden van verzorgingshuizen die sluiten. Wat wel landelijk wordt geregistreerd zijn de indicaties (CIZ) voor de diverse zorgprofielen en de gerealiseerde productie en productieafspraken (NZa). Hierover heb ik u ook eerder bericht (onder andere TK 29 389, nr. 89).

De trend dat cliënten langer thuis blijven wonen is al langer zichtbaar. In 1980 woonden 150.000 ouderen in een verzorgingshuis, in 2010 waren dat er 84.000 terwijl het aantal 80-plussers in dezelfde periode meer dan verdubbeld is. Het aantal verpleeghuisplekken is in dezelfde periode gestegen van ongeveer 46.000 in 1980 tot 74.000 in 2010. Het onderscheid tussen verpleeg- en verzor-gingshuizen vervaagt steeds meer. In verzorgingshuizen worden steeds zwaardere cliënten geholpen. Het aantal cliënten met een licht ZZP (ZZP VV 1 t/m 3) neemt de komende jaren

geleidelijk af, terwijl het aantal plekken dat bezet is met mensen met een hoog ZZP de komende jaren kan groeien met een tempo dat gelijke tred houdt met demografische factoren.

In de voortgangsrapportage transitieagenda langer zelfstandig wonen van 1 juli 2015 (TK 2014–2015, 32 847, nr. 182) is de volgende grafiek opgenomen met de verwachte ontwikkeling van de intramurale capaciteit. Deze grafiek toont dat de daling van het aantal mensen dat met een licht ZZP in een instelling verbleef al voor de start van de extramuralisatie tussen 2010 t/m 2012 zichtbaar was.

Grafiek: aantal cliënten verblijvend in een intramurale instelling exclusief revalidatiezorg (cijfers NZa t/m 2014/2015 en extrapolatie)



Vraag 189:

Hoeveel ouderen zijn er de laatste jaren mishandeld en wat zijn, uitgesplitst naar type mishandeling, de meest actuele cijfers?

Antwoord 189:
De meest actuele cijfers gaan over de meldingen ouderenmishandeling die in 2014 bij de steunpunten huiselijk geweld binnen zijn gekomen. Volgens Movisie zijn in 2014 1.541 meldingen en 819 adviesaanvragen geregistreerd door 31 meldpunten.

Er zijn meer vormen van ouderenmishandeling geregistreerd dan het totaal aantal meldingen. Dat betekent dat een slachtoffer te maken heeft met meerdere vormen tegelijk. De meeste slachtoffers (69%) ondergingen een vorm van psychische mishandeling, gevolgd door een vorm van lichamelijke mishandeling (46%). In 37% van de gevallen is financieel misbruik gemeld. Seksueel misbruik wordt nauwelijks gemeld (1%). In 28% van de meldingen is niet doorgegeven om welke vorm van mishandeling het gaat.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft tussen 1 januari en 30 september 2015 26 meldingen ontvangen waarin mogelijk sprake is van ouderenmishandeling. Vier van deze meldingen vallen onder dat begrip. De IGZ doet nader onderzoek in deze vier zaken.
Bij brief van 15 juni 2015 (TK 28 345, nr. 136) bent u geïnformeerd over mijn voornemen om nieuw onderzoek te doen plaatsvinden naar aard, omvang en oorzaken van ouderenmishandeling.

Vraag 190:
Hoeveel ouderen komen jaarlijks bij de huisarts en bij de SEH met opmerkelijk en onverklaarbaar letsel?

Antwoord 190:

Noch huisartsen, noch SEH's kennen een aparte registratie en/of screening van vermoedens of gevallen van ouderenmishandeling.
In kader van de Wet verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling handelen deze professionals overeenkomstig deze code bij signalen van geweld in huiselijke kring.
Ten behoeve van (student) verzorgenden, verpleegkundigen en medici is een op de meldcode gebaseerde e-learningmodule ontwikkeld over signalering en melding van ouderenmishandeling.

Vraag 191:
Hoeveel meldingen van ouderenmishandeling zijn er in 2015 binnengekomen bij de IGZ? Hoeveel onderzoeken is de IGZ naar aanleiding van deze meldingen gestart?

Antwoord 191:
Met haar incidententoezicht ziet de IGZ toe op ouderenmishandeling. Meldingen van (vermoedelijke) ouderenmishandeling worden door de IGZ beoordeeld en behandeld. In de meeste gevallen laat de IGZ, volgens de Leidraad meldingen, onderzoek doen door de zorgaanbieder. Wanneer nodig kan de IGZ zelf onderzoek doen. Hiertoe kan de ernst van de mishandeling een aanleiding zijn, dat geldt ook voor bijvoorbeeld maatschappelijk onrust over een melding of een gebrek aan vertrouwen bij de IGZ in het onderzoek van de zorgaanbieder.

Tussen 1 januari en 30 september 2015 heeft de IGZ 26 meldingen ontvangen waarbij mogelijk sprake is van ouderenmishandeling. Van de 26 meldingen vallen er 4 onder de definitie ouderenmishandeling. Eenmaal was er sprake van een melding van diefstal, eenmaal van een melding van fysiek geweld door zorgmedewerker, eenmaal van een melding over onheuse bejegening en eenmaal van een melding door een zorgaanbieder van ouderenmishandeling door de zorgvertegenwoordiger. Van deze 4 meldingen heeft de inspectie de rapportage bij de zorgaanbieder opgevraagd. Naar 4 overige meldingen wordt momenteel onderzoek verricht.

Vraag 192:
Zijn er het afgelopen jaar mensen opgepakt en berecht naar aanleiding van mishandeling van ouderen, zo ja hoeveel mensen betreft dit?

Antwoord 192:
De politie registreert niet specifiek op aangiften ouderenmishandeling; dit valt onder het bredere begrip huiselijk geweld.
Het OM is dit jaar gestart met het registreren van ouderenmishandeling, naast de registratie van een «regulier» strafbaar feit. Zo kan bijvoorbeeld uit een «vinkje» bij diefstal en ouderenmishandeling worden opgemaakt dat sprake is van financieel misbruik. Cijfers zijn nu nog niet beschikbaar.

Vraag 193:
Hoeveel budget wordt er in 2016 uitgetrokken om ouderenmishandeling te voorkomen? Hoeveel was dit in 2015?

Antwoord 193:
In 2015 en 2016 is vanuit de rijksoverheid een budget van € 2 miljoen per jaar beschikbaar voor (de voortzetting van) het actieplan «Ouderen in veilige handen» (2015–2017).

Vraag 194:
Wat is de laatste stand van zaken met betrekking tot ondervoeding van ouderen?

Antwoord 194:
In mijn brief van 16 juni 2015 (TK 31 765, nr. 145) heb ik u op uw verzoek geïnformeerd over de stand van zaken met betrekking tot ondervoeding en de uitvoering van enkele moties en toezeggingen. In deze brief geef ik aan dat het niet eenduidig vast staat hoeveel ondervoede mensen er zijn in instellingen en in de thuissituatie. Variatie in gehanteerde definities, onderzoeks-methoden en de onderzochte groep mensen kunnen tot uiteenlopende schattingen van aantallen leiden. Voor een indicatie ga ik in deze brief uit van de cijfers zoals deze door de stuurgroep ondervoeding op hun website vermeld worden. De schatting is dat in het ziekenhuis 15 tot 25% en in het verpleeghuis 10–15% van de patiënten ondervoed is. In de thuiszorg is dat 15–30%.
Ten aanzien van de uitvoering van het amendement Dik-Faber (Kamerstuk 34 000 XVI, nr. 45) kan ik u melden dat de Stuurgroep Ondervoeding in september is gestart met het project gericht op terugdringing van ondervoeding bij thuiswonende ouderen.

Vraag 195:
Hoeveel ouderen zijn ondervoed en wat zijn de ontwikkelingen in deze cijfers gekeken naar de afgelopen vijf jaar?

Antwoord 195:
Zie het antwoord op vraag 194.

Vraag 196:
Hoeveel mensen en specifiek ouderen geven in 2015 aan dat ze eenzaam zijn? Wat zijn de ontwikkelingen in deze cijfers gekeken naar de afgelopen vijf jaar?

Antwoord 196:
Recent onderzoek van het CBS laat zien dat 4% (bijna een half miljoen) Nederlanders zich (sterk) eenzaam voelt. Het percentage mensen dat zich soms eenzaam voelt varieert van 53% in de leeftijdsgroep 15–25 tot 66% in de leeftijdgroep 75 jaar en ouder. Bij de 75-plussers is de (sterke) eenzaamheid het hoogst: 5% van de vrouwen en 12% van de mannen geeft aan sterk eenzaamheid te voelen (CBS, 25 september 2015).

Het CBS voert geen periodiek onderzoek uit naar eenzaamheid. Eerdere cijfers over eenzaamheid komen uit 2012 en zijn gebaseerd op onderzoek door de GGD-en. De uitkomsten hiervan waren: 8% van de Nederlanders voelt zich sterk eenzaam, 30% matig eenzaam en 62% niet eenzaam. In de leeftijdsgroep 75–85 voelde 10% zich sterk eenzaam en onder 85-plussers was dat 14%. Dat is een stabiele lijn ten opzichte van eerder onderzoek.

Vergeleken met de cijfers van het CBS lijkt er sprake van een verbetering, hoewel die conclusie slechts voorzichtig getrokken kan worden, omdat de onderzoeken zich vanwege de verschillende opzet moeilijk laten vergelijken. In 2016 verschijnt het nieuwe onderzoek van de GGD-en, zodat dan een betere vergelijking gemaakt kan worden.

Vraag 197:
Hoeveel wordt er besteed aan het bestrijden van eenzaamheid?

Antwoord 197:
Voor het voorkomen en terugdringen van eenzaamheid ontvangt Coalitie Erbij vanuit de rijksoverheid jaarlijks € 150.000 subsidie. In het kader van actieplan «intensiveren en verankeren aanpak eenzaamheid» ontvangt de coalitie voor de periode van 1 september 2014 – 1 september 2016 € 0,8 miljoen vanuit de rijksoverheid extra subsidie. VNG ontving in dat kader

vanuit de rijksoverheid voor hun activiteiten en congres over vitaliteit in 2014 en 2015 in totaal € 185.000 subsidie.
Vereniging de Zonnebloem ontvangt een instellingssubsidie van circa € 0,2 miljoen. Ook via de instellingssubsidie aan het Nederlandse Rode Kruis en Stichting Korrelatie is er aandacht voor eenzaamheid.

Bijdragen zijn niet alleen afkomstig van het Rijk. Het actieplan is een impuls met als doel een sterke, goed samenwerkende, lokale infrastructuur van gemeente, vrijwilligersorganisaties, zorgverleners en instellingen. Daarbij wordt voortgebouwd op reeds ingezette acties van gemeenten, professionele zorg- en welzijnsorganisatie, vrijwilligersorganisaties, bedrijven en kennisinstituten. En er wordt aansluiting gezocht bij veranderingen die samenhangen met de decentralisatie van zorg en ondersteuning, zoals echte aandacht, maatwerk, een verbinding met sociale wijkteams, dagbesteding en respijtzorg. Anonieme hulp op afstand, verankerd in de Wmo2015, biedt 24 uur per dag de mogelijkheid om anoniem via telefoon of chat met iemand contact te leggen. In veel gevallen gaat het daarbij om eenzaamheidsproblematiek.

Vraag 198:
Welke effecten heeft eenzaamheid op de fysieke gezondheid? Wat zijn hiervan de kosten?

Antwoord 198:
Naast de negatieve ervaring voor de mensen die zich eenzaam voelen, zijn er ook maatschappelijke gevolgen. Het gaat daarbij om belemmeringen om deel te nemen aan de maatschappij, om welzijnstekort, gedragsproblemen en gezondheidsrisico's. Naast psychosociale gevolgen (zoals depressie), kan er ook sprake zijn van lichamelijke consequenties, omdat wie zich (sterk) eenzaam voelt geneigd is slechter voor zichzelf te zorgen. Er zijn aanwijzingen dat (sterke) eenzaamheid de kans op bijvoorbeeld het krijgen van hartaandoeningen vergroot.

Het gevolg is dat een beroep wordt gedaan op de huisarts of een andere zorgprofessional voor problemen die direct of indirect samenhangen met eenzaamheid, waar het (eerder) bieden van een interventie op een ander niveau mogelijk en nodig is.

Cijfers van kosten verbonden aan gezondheidsproblemen als gevolg van eenzaamheid zijn niet beschikbaar.

Vraag 199:
Hoeveel cliënt-vertrouwenspersonen zijn er in zorginstellingen aangesteld in 2015?

Antwoord 199:
Op grond van de Wet Bopz bestaat een verplichting voor instellingen tot het hebben van een patiëntvertrouwenspersoon in de ggz. Deze verplichting bestaat nog niet in de psychogeriatrie en de verstandelijke gehandicaptenzorg. Deze verplichting wordt geregeld in het wetsvoorstel Zorg en dwang.

In de ggz zijn momenteel in totaal 57 patiëntvertrouwenspersonen werkzaam. In de psychogeriatrie en verstandelijk gehandicaptenzorg zijn, ondanks het ontbreken van een wettelijke verplichting, naar schatting van de beroepsvereniging circa 130 cliëntvertrouwenspersonen werkzaam.

Vraag 200:
Hoe vaak werd in 2015 gedwongen zorg gemeld bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg? En wat voor gedwongen zorg betrof dit?

Antwoord 200:
Tot 4 oktober 2015 werd bijna 8.900 keer gedwongen zorg in het kader van de Wet Bopz gemeld aan de IGZ. Het gaat hierbij om de maatregelen zoals beschreven in de Wet Bopz, zijnde onder andere separatie, afzondering, dwangmedicatie, fixatie, gedwongen vocht en voeding en in een beperkt aantal gevallen inzet van andere middelen zoals opsluiting op de kamer.

Vraag 201:
Hoeveel bewoners hebben (gedwongen) moeten verhuizen door de maatregel om te extramuraliseren? Gaat deze extramuralisering zoals vooraf was voorspeld?

Antwoord 201:
Er is landelijk geen lijst bijgehouden van instellingen die sluiten en daarmee ook niet van cliënten die verhuizen. Uit realisatiecijfers over de ontwikkeling van het aantal lage zzp's in de V&V-sector blijkt dat de daling in 2014 minder snel gaat dan verwacht. Op basis van een meer gematigd uitstroomtempo in de rest van 2014 en in 2015 wordt verwacht dat het aantal cliënten met een laag zzp's in 2016 hoger is dan eerder was voorzien. Budgettaire ramingen zijn er op aangepast. De raming is vooral van belang om de benodigde macro-budgetten te berekenen en heeft geen betekenis voor de rechten van de individuele cliënt; een cliënt die met een laag zzp in een instelling verblijft, houdt het recht op verblijf in een instelling.

Vraag 202:
Wat zijn de ontwikkelingen als het gaat om de ontwikkeling van de bezettingsnorm?

Antwoord 202:
In het plan van aanpak voor de kwaliteitsverbetering in de verpleeghuizen, Waardigheid en Trots, is als één van de acties opgenomen dat er een leidraad voor een verantwoorde personeelssamenstelling komt. Onder regie van het Zorginstituut dienen veldpartijen uiterlijk 1 januari 2016 tot deze leidraad te komen. Om te bewaken dat er zowel inhoudelijk als qua voortgang voldoende resultaat wordt geboekt, heeft het Zorginstituut een expertcommissie ingesteld.

Vraag 203:
Hoeveel mensen maken gebruik van de Wmo, uitgesplitst in thuiszorg, dagbesteding, begeleiding, beschermd wonen en hulpmiddelen (en/of een combinatie hiervan)?

Antwoord 203:
Over het jaar 2015 zijn de gevraagde gegevens niet beschikbaar. Gegevens over op grond van de Wmo 2015 verstrekte voorzieningen worden vanaf 2015 verzameld via de gemeentelijke monitor sociaal domein. Een landelijk beeld op basis van deze gegevens zal naar verwachting in het voorjaar van 2016 beschikbaar zijn en u via de Minister van BZK bereiken.

In onderstaande tabel worden beschikbare cijfers vermeld, op basis van vergelijkbare functies in de Wmo (2007) en de AWBZ. Het betreft grotendeels voorlopige/indicatieve cijfers over het jaar 2014, deze aantallen staan dus nog niet vast. De aantallen kunnen niet opgeteld worden om tot het totaal unieke cliënten te komen omdat cliënten meerdere functies kunnen afnemen.

Aantal personen 18+	zorg in natura[1]	pgb[2]
Huishoudelijke hulp Wmo	318.000	50.000
Begeleiding individueel	75.000	
Begeleiding groep/dagbesteding	45.000	41.000
Beschermd wonen (zzp ggz C)	25.000	6.000
Hulpmiddelen en voorzieningen[3]	138.000	

[1] Bron: www.monitorlangdurigezorg.nl Peildatum november 2014
[2] Bron: Eigen raming VWS onder andere gebaseerd op macrogegevens van Zorginstituut Nederland uit 2014. Verdeling met microbestand zorgverzekeraar.
[3] Bron: SCP: Rapportage Wmo- en AWBZ-voorzieningen 2009–2012, cijfer 2012

Vraag 204:
Hoeveel bezwaren zijn ingediend tegen besluiten van de gemeenten als het gaat om de Wmo?

Antwoord 204:
Ik beschik niet over een landelijk overzicht van de tegen, op grond van de Wmo 2015, door gemeenten genomen besluiten ingediende bezwaren.

Vraag 205:
Hoeveel rechtszaken zijn gehouden tegen besluiten van de gemeenten als het gaat om de Wmo?

Antwoord 205:
Er wordt door mij geen overzicht bijgehouden hoeveel rechtszaken zijn aangespannen tegen besluiten genomen door gemeenten op basis van de Wmo. De Raad voor de Rechtspraak heeft dit jaar wel berichten uitgebracht over het aantal rechtszaken. Op basis van een analyse die zij hebben gedaan, zijn er in de eerste acht maanden van dit jaar 1.438 rechtszaken met betrekking tot de Wmo aanhangig gemaakt. De inventarisatie ziet op Wmo-zaken, waarbij geen onderscheid wordt gemaakt tussen beroep tegen besluiten op grond van de oude en de nieuwe Wmo 2015.

Vraag 206:
Hoeveel mensen hebben het afgelopen jaar afgezien van zorg vanuit de Wmo, omdat ze dit niet meer kunnen betalen?

Antwoord 206:
Er is geen overzicht beschikbaar van het aantal mensen dat heeft afgezien van voorzieningen op grond van de Wmo 2015 vanwege financiële motieven.
Zoals reeds in de tweede voortgangsrapportage HLZ is gemeld, is er een onderzoek gestart waarbij middels een steekproef onder 10 gemeenten kwalitatief in beeld zal worden gebracht hoe gemeenten invulling geven aan de mogelijkheid tot het vragen van eigen bijdragen bij algemene voorzieningen, en vooral ook hoe ze invulling geven aan de verantwoordelijkheid om conform artikel 2.3.2 van de Wmo 2015 rekening te houden met de persoonlijke omstandigheden van de cliënt, waaronder de financiële situatie. Over de uitkomsten van het onderzoek wordt uw Kamer in de eerstvolgende voortgangsrapportage HLZ geïnformeerd.

Vraag 207:
Kunt u een overzicht sturen hoeveel gemeenten externe adviesbureaus hebben ingeschakeld met betrekking tot de decentralisatie en welke kosten zijn hiermee gemoeid?

Antwoord 207:
Nee, het gevraagde overzicht is niet beschikbaar.

Vraag 208:
Hoeveel Wmo-regio's zijn er?

Antwoord 208:
Uit een inventarisatie door de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) in mei 2013 bleek dat er door gemeenten voor de Wmo op regionaal niveau 43 samenwerkingsverbanden zijn gevormd die grotendeels overeenkomen met de jeugdzorgregio's.

Vraag 209:
Hoeveel Wmo overlegtafels zijn er georganiseerd, hoe vaak vinden deze plaats en wie zitten aan deze overlegtafels?

Antwoord 209:
Ik ga ervan uit dat uw Kamer met deze vraag doelt op de zogenaamde HLZ transitietafels. Met de HLZ transitietafel wordt bedoeld: een structureel regionaal overleg tussen belanghebbende partners.

De HLZ transitietafels zijn een uitvloeisel van het «Ondersteuningsprogramma regionale samenwerking HLZ», dat in de periode maart 2014 t/m juni 2015 in opdracht van het Ministerie van VWS, de VNG en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) actief was. Alle Wmo-regio's hebben van VWS, VNG en ZN het aanbod gekregen om een vergoeding voor de ondersteuning bij de regionale samenwerking HLZ aan te vragen. De ondersteuning bestond uit een zogenaamde HLZ-regiosecretaris die de regie voerde op enerzijds het regionale overleg tussen gemeenten en zorgverzekeraars over de inkoop van de niet toewijsbare wijkverpleegkundige zorg en anderzijds het regionale transitieoverleg tussen gemeenten, zorgverzekeraars en andere betrokken partijen over de landelijke werkafspraken HLZ.

Uit de eindrapportage Regionale samenwerking Hervorming Langdurige Zorg door AEF (TK 34 104, nr. 70), die de afronding vormt van het Ondersteuningsprogramma regionale samenwerking HLZ, blijkt dat in juni 2015 in circa drie kwart van de regio's door gemeenten onderling samen werd gewerkt op het gebied van de landelijke werkafspraken HLZ, in ongeveer een kwart was dit gedeeltelijk het geval. In deze laatstgenoemde groep is een overlegstructuur ontworpen en bestuurlijk afgestemd, maar bestond deze ten tijde van het onderzoek slechts op papier en was hieraan nog nauwelijks praktische invulling gegeven. In circa twee derde van de regio's werken gemeenten en zorgverzekeraars samen rond de landelijke werkafspraken HLZ. In iets meer dan de helft van de regio's zijn ook zorgaanbieders hierbij betrokken en in bijna de helft van de regio's geldt dit ook voor cliënten(organisaties). De frequentie waarmee de transitietafels samen komen verschilt van regio tot regio.

Vraag 210:
Wie zitten er aan de Wmo overlegtafels? Kunt u deelnemers weergeven?

Antwoord 210:
Uit de eindrapportage Regionale samenwerking Hervorming Langdurige Zorg door AEF (TK 34 104, nr. 70), blijkt dat gemeenten en zorgverzekeraars in circa twee derde van de regio's samenwerken aan de realisatie van de landelijke werkafspraken HLZ. In iets meer dan de helft van de regio's zijn ook zorgaanbieders hierbij betrokken en in bijna de helft van de regio's geldt dit ook voor cliënten(organisaties).

Vraag 211:
Welke partijen van de overlegtafels zijn gesubsidieerd door VWS?

Antwoord 211:
Het ondersteuningsprogramma regionale samenwerking HLZ heeft in de periode maart 2014 tot juli 2015 aan de HLZ-regio's een financiële vergoeding ter beschikking gesteld om een medewerker vrij te maken als HLZ-regiosecretaris (40% van de regio's), of deze extern in te huren (60% van de regio's). Veelal is deze vergoeding uitgekeerd aan de grootste (centrum-) gemeente. Voorwaarde voor de aanstelling van een HLZ-regiosecretaris was dat deze de instemming van zowel de gemeenten als de preferente zorgverzekeraar in een regio had. Afgezien van de regiosecretarissen is geen van de betrokken partijen gesubsidieerd voor hun deelname aan de HLZ transitietafels.

Vraag 212:
In welke gemeenten worden maximale inkomensgrenzen voor de Wmo gehanteerd?

Antwoord 212:
Dergelijke gevallen zijn niet bekend. Het kabinet hecht eraan te benadrukken dat het uitgangspunt in de Wmo 2015 is, dat maatschappelijke ondersteuning beschikbaar moet zijn voor mensen die daarop zijn aangewezen, ongeacht de hoogte van het inkomen en/of het vermogen. Financieel draagkrachtige cliënten moeten ook een beroep op maatschappelijke ondersteuning kunnen doen, indien zij niet in staat zijn dit zelf (of door middel van hun netwerk) te organiseren. Een aanvraag mag dan ook niet worden afgewezen, dan wel worden ingeperkt op grond van de hoogte van het inkomen en/of vermogen.

Vraag 213:
Zijn er Wmo-verordeningen aangepast of vernietigd?

Antwoord 213:
Het komt voor dat gemeenten hun verordening of beleidsplan aanpassen als gevolg van eigen, nieuwe beleidskeuzes of als gevolg van een rechterlijke uitspraak. Dit is primair een gemeentelijke aangelegenheid. Op landelijk niveau wordt hiervan geen overzicht bijgehouden. Daar waar mij signalen bereiken van een verordening of beleidsregel die zich mogelijk niet verhoudt met het wettelijk kader zal in contact met de gemeente een analyse van die informatie plaatsvinden. Daar waar de gemeente de verordeningen of beleidsregels zouden moeten aanpassen in overeenstemming met het wettelijk kader en dat nalaten, staan mij bevoegdheden tot interventie ter beschikking die ik zo nodig ook zal inzetten. Van een verzoek tot of voornemen van vernietiging van een Wmo-verordening is tot op heden geen sprake geweest.

Vraag 214:
Hoeveel gemeenten zijn door u op de vingers getikt, omdat zij Wmo-beleid uitvoerden die in strijd met de wetgeving is over 2015?

Antwoord 214:
Op basis van signalen die mij op diverse manieren bereiken over een gemeentelijke uitvoering die zich mogelijk niet verhoudt met de Wmo 2015, wordt in de eerste plaats contact opgenomen met gemeenten voor het verkrijgen van de relevante informatie. In deze fase wordt bekeken of daadwerkelijk sprake is van een met de wet strijdige beleidsuitvoering.

Het behoort tot de vaste werkwijze om geconstateerde strijdigheden in de uitvoering en of beleid met de Wmo 2015 eerst en zoveel als mogelijk op te lossen op ambtelijk niveau. Als dat niet lukt, wordt met de wethouder en het college contact opgenomen om zekerheid te verkrijgen dat de gemeente het beleid gaat aanpassen en of de uitvoering op orde gaat

brengen. Mocht een college om redenen daartoe niet bereid zijn, dan volgt een brief van mij, of namens mij, aan het college met een afschrift aan de gemeenteraad.

Op basis van de ervaringen tot nu toe worden signalen in de regel direct opgepakt door colleges. Concreet is in drie gevallen een brief aan de verantwoordelijke colleges in afschrift aan de gemeenteraden toegestuurd.

Vraag 215:
In hoeveel en welke gemeenten worden alfahulpen ingezet?

Antwoord 215:
Er is geen landelijke registratie van gemeenten die gebruik maken van de regeling dienstverlening aan huis.

Vraag 216:
Hoeveel en welke gemeenten hanteren alfacheques?

Antwoord 216:
Er bestaat geen landelijk overzicht van gemeenten die gebruik maken van alfacheques.

Vraag 217:
Wat kost de Wmo jaarlijks uitgesplitst in huishoudelijke verzorging, beschermd wonen, begeleiding, dagbesteding, vervoer en hulpmiddelen?

Antwoord 217:
De middelen die in het kader van de Wmo 2015 aan gemeenten beschikbaar worden gesteld, zijn niet geoormerkt. De middelen behorend tot de Wmo 2015 worden ook niet vanuit het Rijk uitgesplitst naar type ondersteuning verstrekt en niet door gemeenten zelf als uitgaven uniform geadministreerd naar type ondersteuning. Wat wel kan gemeld is dat macro voor de uitvoering van de Wmo 2015 dit jaar € 3.525,1 miljoen beschikbaar is gesteld als onderdeel binnen de integratie-uitkering sociaal domein, € 1.258,7 miljoen via de integratie-uitkering Wmo/huishoudelijke verzorging, € 385,1 miljoen via de decentralisatie-uitkering maatschappelijke opvang, € 116,6 miljoen via de decentralisatie-uitkering vrouwenopvang en € 128,6 miljoen middels de decentralisatie-uitkering Huishoudelijke Hulp Toelage.

Vraag 218:
Hoeveel mensen zijn er geherindiceerd in het afgelopen jaar, en hoeveel mensen hebben minder uren/meer uren/dezelfde uren gekregen, zowel voor Wlz- als Wmo-zorg?

Antwoord 218:
Het CIZ heeft in de eerste 6 maanden van het jaar 2015 ongeveer 47.000 positieve Wlz- besluiten afgegeven. Het aantal Wlz-herindicaties bedroeg 41.000 en de resterende 6.000 betrof eerste aanvragen. Het gaat hierbij om het totaal van zowel reguliere Wlz-besluiten als besluiten voor de subsidieregelingen waarvoor het CIZ taken uitvoert. Het CIZ indiceert de Wlz-zorg in termen van zorgprofielen. Deze zorgprofielen kennen geen aanduidingen meer van het aantal uren. Er is dan ook niet aan te geven of de cliënten aanspraak hebben gekregen op meer of minder uren zorg.

Er zijn geen landelijke cijfers over het aantal herbeoordelingen (en de uitkomst daarvan) bij de gemeenten in het kader van de Wmo 2015. Vanaf juli 2014 zijn alleen nog maar kortdurende indicaties afgegeven door het CIZ, waardoor vanaf januari 2015 of later in dit jaar al AWBZ-cliënten

herbeoordeeld zijn. Daarnaast voeren gemeenten in 2015 herbeoordelingen uit voor Wmo-cliënten die reeds in 2014 een beroep deden op een Wmo-voorziening met een doorloop naar latere jaren. Het is aan gemeenten om in beide situaties rekening te houden met overgangsrecht.

Vraag 219:
Hoeveel huishoudelijk verzorgenden zijn in 2014 en 2015 gekort in hun loon?

Antwoord 219:
Ik beschik niet over gegevens hoeveel huishoudelijk verzorgenden in 2014 en 2015 gekort zijn op hun loon.

Vraag 220:
Hoe ziet de verdeelsleutel eruit voor de uitkering in het gemeentefonds van gemeenten voor de Wmo, beschermd woonvormen en de jeugdzorg?

Antwoord 220:
Voor de nieuwe Wmo-taken (als gevolg van de decentralisatie per 1-1-2015) geldt in 2015 een verdeling op grond van historische uitgaven. Vanaf 2016 zal de verdeling van het budget (met een ingroeipad) plaatsvinden door middel van een objectief verdeelmodel. Een objectief verdeelmodel is kosten georiënteerd, wat wil zeggen dat het model aansluit bij verschillen in kosten die gemeenten moeten maken om aan maatschappelijke opgaven te voldoen. Het budget wordt verdeeld op basis van de verwachte ondersteuningsbehoefte in een gemeente zoals deze kan worden voorspeld op basis van objectieve maatstaven. Het onderzoeksrapport over het model hebt u ontvangen op 18 november 2014 (bijlage bij schriftelijke vragen 2014Z19647).

De middelen voor beschermd wonen worden op dit moment historisch verdeeld onder 43 centrumgemeenten. Een (nieuw) objectief verdeelmodel moet nog worden ontwikkeld en zal niet eerder dan vanaf 2017 worden ingevoerd.

Ook de middelen voor jeugdhulp (afkomstig uit de Zorgverzekeringswet, Wet op de Jeugdzorg en de AWBZ) zijn per 1 januari 2015 overgeheveld naar het Gemeentefonds. In 2015 betreft dit een bedrag van zo'n € 3,8 miljard.
In 2015 zijn deze middelen nog op basis van historisch zorggebruik (basisjaar 2012) over gemeenten verdeeld. Vanaf 2016 zal de verdeling van het budget op basis van een objectief verdeelmodel plaatsvinden. Hierbij wordt hetzelfde ingroeipad gehanteerd als bij de Wmo 2015. Het onderzoeksrapport over het objectief verdeelmodel Jeugd hebt u ontvangen op 28 april 2015 (TK 31 839, nr. 185).

Een deel van het jeugdhulpbudget, te weten dat voor kinderen met een voogdijmaatregel en 18plussers, wordt buiten het objectieve verdeelmodel om over gemeenten verdeeld. Reden is dat deze kosten niet op basis van structuurkenmerken van gemeenten te voorspellen zijn. Deze middelen worden op basis van historisch zorggebruik over gemeenten verdeeld.

Vraag 221:
Hoeveel zorgwoningen zijn er in Nederland?

Antwoord 221:
Er geldt geen eenduidige definitie van het begrip «zorgwoning» waarop wordt geregistreerd. Dit komt mede door een veelvormigheid van

woningen met zorg. Wel is een overzicht beschikbaar uit de Monitor Investeren voor de Toekomst (2012).

Woningvoorraad naar geschiktheid woonvorm voor ouderen, indeling monitor MIT, 2012

Woonvorm	Abs.[1]
Verzorgd wonen	133.500
Wonen met diensten	174.400
Overige ouderenwoningen	205.400
Overige ingrijpend aangepaste woningen	123.700
Overige nultredenwoningen	1.318.200

[1] Betreft zelfstandige woningen en zelfstandige wooneenheden.

Daarbij wordt de voorraad geschikte woningen op basis van het WoON als volgt ingedeeld:

- **Verzorgd wonen:** de situatie waarbij een huishouden in de leeftijd van 55 jaar of ouder in een ouderenwoning woont en zo nodig gebruik kan maken van verpleging en/of verzorging vanuit een nabijgelegen zorgsteunpunt.
- **Wonen met diensten:** de woning is een ouderenwoning met extra diensten zoals maaltijdverzorging, receptie, gemeenschappelijke recreatieruimte, etc.
- **Overige ouderenwoning:** de woning is een ouderenwoning, niet vallend onder verzorgd wonen of wonen met diensten en waarvan de respondent aangeeft dat de woning speciaal bestemd is voor ouderen.
- **Ingrijpend aangepaste woning:** de woning is ingrijpend aangepast omdat er vanwege een handicap of lichamelijke beperking speciale voorzieningen zijn aangebracht in de woning of de woning daarvoor bouwkundig is aangepast. Daarbij kan worden gedacht aan bijvoorbeeld een traplift of een hellingbaan naar de voordeur.
- **Overige nultredenwoning:** de woning is een nultredenwoning. Een woning is een nultredenwoning als wordt voldaan aan twee voorwaarden, te weten: de woonkamer van de woning of woonruimte is vanaf de straat te bereiken zonder traplopen (externe toegankelijkheid) en vanuit de woonkamer zijn zonder traplopen de keuken, het toilet, de badkamer en ten minste 1 slaapkamer te bereiken (interne toegankelijkheid).

Vraag 222:
Hoe groot is het tekort aan zorgwoningen?

Antwoord 222:
Zoals bij vraag 221 is aangegeven is er geen eenduidige definitie van het begrip zorgwoning. Wel is een overzicht uit de Monitor Investeren voor de Toekomst (2012) beschikbaar. Uitgaande van de algemene definitie van voor ouderen geschikte woningen zoals gehanteerd in de MIT, bedroeg het tekort in 2012 landelijk gezien circa 84.000 geschikte woningen. Zie vraag 221 voor de verschillende woonvormen die hierbij zijn meegenomen. In 2016 ontvangt uw Kamer een nieuwe Monitor.

Vraag 223:
Hoeveel mensen zijn langer thuis blijven wonen sinds de decentralisaties?

Antwoord 223:
Zie het antwoord op vraag 188.

Vraag 224:

Hoeveel en welke gemeenten hebben een huishoudelijke hulp toelage aangevraagd?

Antwoord 224:
Na de gemeentelijke herindelingen per 1 januari 2015, blijkt dat door 393 gemeenten in totaal 390 aanvragen zijn ingediend. Voor het antwoord op de vraag welke gemeenten een huishoudelijke hulptoelage hebben aangevraagd, verwijs ik u voor het jaar 2015 naar de Meicirculaire gemeentefonds 2015, in het bijzonder naar bijlage 4.2.3 (2015–0000299186).

Voor het jaar 2016 treft u het antwoord aan in de Septembercirculaire gemeentefonds 2016, bijlage 4.2.3 (2015–0000532756), met dien verstande dat over circa 10 plannen voor 2016 nog besluitvorming moet plaatsvinden. Gemeenten hebben tot en met 31 augustus 2015 de gelegenheid gehad een aanvraag voor 2016 in te dienen. De verdeling van het resterende budget voor het jaar 2016 zal in de decembercirculaire 2015 bekend worden gemaakt.

Voor 2015 is ten behoeve van de huishoudelijke hulp toelage circa € 129 miljoen toegekend. Voor 2016 zal naar verwachting circa € 141 miljoen aan gemeenten worden verstrekt door een toevoeging aan het gemeentefonds.

Vraag 225:
Kunt u een financieel overzicht sturen van de huishoudelijke hulp toelage?

Antwoord 225:
Zie het antwoord op vraag 224.

Vraag 226:
Hoeveel en/of welke gemeenten verstrekken een tegemoetkoming aan mensen met hoge zorgkosten en hoeveel of welke gemeente verstrekken dit niet? Kunt u hiervan een overzicht sturen?

Antwoord 226:
Er is geen totaaloverzicht beschikbaar van het aantal gemeenten dat een tegemoetkoming verstrekt aan mensen met hoge zorgkosten.
Zoals reeds in de tweede voortgangsrapportage HLZ is gemeld, is een onderzoek gestart waarbij middels een steekproef onder 10 gemeenten kwalitatief in beeld zal worden gebracht hoe gemeenten invulling geven aan de mogelijkheid tot het vragen van eigen bijdragen bij algemene voorzieningen, en vooral ook hoe ze invulling geven aan de verantwoordelijkheid om conform artikel 2.3.2 van de Wmo 2015 rekening te houden met de persoonlijke omstandigheden van de cliënt, waaronder de financiële situatie. In dit onderzoek wordt ook aandacht besteed aan compenserende maatregelen die gemeenten treffen. Over de uitkomsten van het onderzoek wordt uw Kamer in de volgende voortgangsrapportage HLZ geïnformeerd. Deze voortgangsrapportage zal u voor de begrotingsbehandeling bereiken.

Vraag 227:
Hoeveel dagbestedinglocaties zijn gesloten sinds het aantreden van het Kabinet Rutte II?

Antwoord 227:
Ik heb geen inzicht in het aantal dagbestedinglocaties dat is gesloten dan wel is geopend sinds het aantreden van het Kabinet Rutte II.

Vraag 228:

Hoeveel bedden zijn er in 2015 in totaal in de GGZ, uitgesplitst naar intensief beschermd wonen (IBW)-bedden, klinische bedden, crisisbedden, bedden in de verslavingszorg, bedden in de vrouwenopvang en bedden in de kinder- en jeugd-GGZ?

Antwoord 228:
Over 2015 zijn nog geen cijfers beschikbaar. De meest recente cijfers betreffen de gegevens over 2013, afkomstig uit het rapport Landelijke Monitor Intramurale GGZ (LMIG) van het Trimbos-instituut. Aan deze meting namen 66 ggz-instellingen deel die tezamen 78% van de intramurale ggz-capaciteit verzorgden.

Hieruit blijkt dat het aantal plaatsen in geïntegreerde GGZ-instellingen voor de Zorgverzekeringswet 7.048 bedroeg, het aantal bedden AWBZ voorgezet verblijf 6.941, het aantal plaatsen beschermd wonen 4.336 en de categorie «overige AWBZ» 329 plaatsen betrof. Er is binnen deze gegevens geen specificatie aangebracht naar crisisbedden. Het aantal bedden in de verslavingszorg bedroeg 2.146 voor de Zorgverzekeringswet en AWBZ.

Het aantal specifieke bedden voor de kinder- en jeugdpsychiatrie betreft totaal 558 plaatsen (zowel Zorgverzekeringswet als AWBZ). Het aantal bedden/plaatsen in de vrouwenopvang is onbekend. Navraag bij de Federatie Opvang leert dat er ongeveer 200 opvanglocaties zijn (2013).

Vraag 229:
Hoe groot is de toename van verwarde personen in de samenleving sinds het aantreden van het Kabinet Rutte I? Welke kosten brengt dit met zich mee, uitgesplitst naar de verschillende terreinen (waaronder ook justitie)?

Antwoord 229:
Er zijn geen precieze cijfers over de groei van het aantal verwarde personen in de samenleving. Het begrip verwarde personen is een containerbegrip. Het zijn mensen met vaak verschillende aandoeningen/beperkingen (psychiatrie, licht verstandelijke beperkingen, dementie, verslaving), vaak in combinatie met verschillende levensproblemen (schulden, dakloosheid, verlies van dierbaren, gebrek aan participatie, onverzekerd zijn en illegaliteit). De enige beschikbare cijfers zijn de meldingen uit het registratiesysteem van de politie. Deze laten de laatste jaren een stijging zien van het aantal meldingen gerelateerd aan verwarde personen van 14% in 2014 ten opzichte van 2013 en 9% stijging in 2015 ten opzichte van 2014. De cijfers geven echter geen informatie over de aard (schulden, verslaving, ggz problematiek etc) van de achterliggende problematiek, noch over het traject dat volgt op de melding (variërend van een goed gesprek tot gedwongen opname). Ze geven dus ook geen inzicht in de eventuele kosten die hiermee zijn verbonden. Het is onder meer de opdracht van het aanjaagteam verwarde personen om dit voor het eerst inzichtelijk te maken.

Vraag 230:
Kan de regering een overzicht per jaar geven van de kostenontwikkeling van verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg van 2000 tot 2005 en van 2006 tot en met 2015 en kunt u deze cijfers voorzien van uw duiding?

Antwoord 230:
Via de «Zorgrekeningen» heeft het CBS over de periode 2000–2013 een cijferreeks gepubliceerd over de ouderenzorg in zijn totaliteit. De uitgaven aan ouderenzorg in lopende prijzen zijn volgens deze definitie sinds 2000 meer dan verdubbeld van € 8,7 miljard naar € 18,2 miljard in 2013 (voorlopig cijfer). Zie bijgaande tabel met de kostenontwikkeling per jaar.

x € miljard	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Verstrekkers van ouderenzorg	8,7	9,9	11,3	12,3	12,5	12,9	13,6	14,0	14,8	15,2	15,8	16,5	17,8	18,2

Voor een deel komt deze stijging voort uit loon- en prijsontwikkelingen. In procenten van het BBP zijn de uitgaven aan ouderenzorg in de genoemde periode gestegen van circa 2,3% naar 3,0%, waarbij geldt dat een deel van deze uitgavengroei kan worden toegeschreven aan de vergrijzing.

In de Zorgrekeningen worden andere definities en terreinafbakeningen gebruikt dan in de beleidsstukken (begroting, jaarverslagen, BKZ) van VWS. Zo zijn in de uitgaven aan ouderenzorg in de Zorgrekeningen ook de pgb-gelden opgenomen. Dit geldt ook voor de uitgaven aan zelfstandig werkzame verpleegkundigen en de uitgaven aan andere zorgactiviteiten dan de ouderenzorg die via deze instellingen lopen (ggz, gehandicaptenzorg). Ten slotte maakte ook de kraamzorg nog steeds deel uit van deze kostenreeks, aangezien de kraamzorg ooit onderdeel was van de thuiszorg. De cijfers van de Zorgrekeningen zijn hierdoor niet vergelijkbaar met de cijfers over de ouderenzorg in de VWS-begroting.

De VWS-begroting 2016 presenteert de uitgaven aan de intramurale ouderenzorg ten laste van de contracteerruimte in de periode 2011–2015[18]. Deze zijn opgenomen op regel 1 van onderstaande tabel. Omdat er in deze periode sprake is van wijzigingen in de financiering van de kapitaallasten en verschuivingen van doelgroepen vanuit de AWBZ/Wlz naar andere domeinen zijn de cijfers op regel 1 niet goed vergelijkbaar in de tijd. Via de regels 2, 3 en 4 zijn daarom correcties aangebracht.

- Tot en met 2011 werden de kapitaallasten volledig op basis van nacalculatie vergoed. Met ingang van 2012 worden de kapitaallasten geleidelijk gefinancierd via de normatieve huisvestingscomponent (NHC). Vanaf 2015 geldt dit ook voor de normatieve inventariscomponent (NIC). De NHC en NIC worden gefinancierd via de contracteerruimte (en lopen dus vanaf 2013 mee in de uitgaven op regel 1). Door de nacalculeerbare kapitaallasten op te nemen op regel 2 van de tabel worden de uitgaven aan ouderenzorg gecorrigeerd voor deze wijziging in de financieringssystematiek. Ze zijn daardoor beter vergelijkbaar over de periode 2011–2015.
- Per 2013 is de geriatrische revalidatiezorg overgeheveld vanuit de AWBZ naar de Zvw (€ 0,7 miljard). Daarmee is de doelgroep voor de AWBZ/Wlz vanaf 2013 dus kleiner geworden. Regel 3 corrigeert de uitgaven in 2011 en 2012 hiervoor, zodat over de gehele periode 2011–2015 een uitgavenbeeld ontstaat voor een vergelijkbare doelgroep.
- Sinds 2013 respectievelijk 2014 krijgen nieuwe cliënten geen indicatie meer voor een zorgzwaartepakket V&V1 en V&V2 respectievelijk V&V3. De extramurale zorg voor deze cliënten komt ten laste van gemeenten en verzekeraars die daarvoor zijn gecompenseerd. Het aantal cliënten ten laste van de AWBZ/Wlz is hierdoor sinds 2013 afgenomen. In 2015 liggen de uitgaven door de verschuiving van de doelgroep € 0,7 miljard lager dan bij ongewijzigd beleid. Op regel 4 worden de uitgaven over de periode 2011–2014 gecorrigeerd, zodat over de gehele periode 2011–2015 een uitgavenbeeld ontstaat voor een vergelijkbare doelgroep.

De tabel laat zien dat de uitgaven aan intramurale ouderenzorg, na de genoemde correcties, toegenomen van € 7,8 miljard in 2011 tot € 9,7

[18] Zie tabel 19 en tabel 26 van de Ontwerpbegroting VWS 2016.

miljard in 2015. Van de stijging van € 1,9 miljard over deze periode heeft circa € 0,8 miljard betrekking op loon- en prijsontwikkelingen en betreft € 1,1 miljard reële uitgavengroei van de ouderenzorg. De uitgavenstijging in 2012 is relatief groot vanwege de toevoeging van de intensiveringsmiddelen aan zzp-tarieven voor ouderenzorg (€ 0,4 miljard).

Tabel: Uitgaven intramurale ouderenzorg 2011–2015, gecorrigeerd voor verschuiving doelgroepen

Bedragen in miljarden euro	2011	2012	2013	*2014*	2015
1. Intramurale ouderenzorg contracteerruimte	7,7	8,7	8,4	8,7	8,9
2. Correctie kapitaallasten (nacalculatie)	1,5	1,5	1,3	1,2	0,8
3. Correctie overheveling GRZ	– 0,7	– 0,7			
4. Correctie Langer thuis	– 0,7	– 0,7	– 0,6	– 0,4	0,0
Intramurale ouderenzorg 2011–2015 gecorrigeerd	**7,8**	**8,8**	**9,1**	**9,5**	**9,7**

Vraag 231:
De transitie naar een betere aansluiting van het huidige aanbod en de vraag om langer zelfstandig te wonen met nieuwe zorgarrangementen, zal meerdere jaren beslaan. Wat zijn hiervan de consequenties voor ouderen die nu nergens terecht kunnen, doordat deze regering de afgelopen 3 jaar 60.500 verzorgingshuisplekken heeft vernietigd? Had deze transitie niet omgekeerd gemoeten?

Antwoord 231:
De mensen die niet naar verzorgingshuizen gaan, blijven over het algemeen langer in hun eigen huis wonen en langer gebruik maken van extramurale zorg. In sommige gevallen is een (extra) woningaanpassing nodig en in sommige gevallen extra zorg. Met betrekking tot woningaanpassingen waarborgt de Wmo2015 dat ingeval iemand een aanvraag voor een woningaanpassing doet om zijn zelfredzaamheid te bevorderen, de gemeente zorgvuldig onderzoek moet doen naar deze behoefte. Indien uit het onderzoek blijkt dat de woningaanpassing bijdraagt aan de zelfredzaamheid van betrokkene en deze niet door hemzelf of met behulp van anderen georganiseerd kan worden, is de gemeente gehouden een maatwerkvoorziening te verstrekken.

Het aantal verzorgingshuisplaatsen is tussen 1980 en 2010 afgenomen van 150.000 plaatsen naar 84.000 plaatsen, terwijl het aantal 80-plussers in dezelfde tijd meer dan verdubbeld is. Het aantal verpleeghuisplekken is in dezelfde periode echter gestegen van ongeveer 46.000 in 1980 tot 74.000 in 2010.

Vraag 232:
Wat zijn de opbrengsten indien het CIZ wordt afgeschaft en de indicatiestelling wordt teruggegeven aan professionele zorgverleners? Is de regering bereid deze besparingsmogelijkheid in de zorg te onderzoeken?

Antwoord 232:
Wanneer het CIZ wordt afgeschaft zal de toegang tot zorg ten laste van de Wet langdurige zorg op een andere wijze dan door middel van een centrale indicatiestelling moeten worden vormgegeven. Het saldo van opbrengsten en kosten dat verbonden is aan een overheveling van de Wlz-indicatiestelling naar professionele zorgverleners is vooraf niet te bepalen. De opbrengsten worden gevormd door een vrijval van de exploitatielasten van het ZBO CIZ. In de VWS-begroting 2016 zijn deze exploitatielasten opgenomen bij Beleidsartikel 3 Langdurige zorg en ondersteuning in de tabel «Budgettaire gevolgen van beleid» (€ 68,7 miljoen in 2016). Uitgaande van ongewijzigde toegangscriteria voor de Wlz, die uniform dienen te worden toegepast, zullen de kosten van indicatiestelling door professionele zorgverleners naar alle waarschijnlijkheid niet lager zijn. Overigens hecht het kabinet aan een centrale

indicatiestelling zodat het recht op zorg gefinancierd op basis van de Wlz eenduidig, onafhankelijk en integraal kan worden vastgesteld.

Vraag 233:
Uit de beleidswijzigingen in de begroting blijkt de informele zorg in 2016 verder wordt versterkt. Welke concrete (budgettaire) wijzigingsmaatregelen daartoe bevatten de VWS-begroting en het BKZ 2016, hoe worden de desbetreffende middelen ingezet en welke afrekenbare doelen worden hiermee nagestreefd?

Antwoord 233:
Zie het antwoord op vraag 243.

Vraag 234:
Voor zowel het verbeteren van de kwaliteit van verzorgingshuizen als de gehandicaptensector geldt een plan van aanpak waarin de relatie tussen de cliënt, zijn naaste en de professional centraal staat. Over welke verzorgingshuizen gaat het hier? Hoeveel staan er nog overeind?

Antwoord 234:
Op pagina 54 van de begroting wordt abusievelijk gesproken over een plan voor «het verbeteren van de kwaliteit van verzorgingshuizen». Bedoeld is de aanpak van de kwaliteit in verpleeghuizen door middel van het programma «Waardigheid en trots». Overigens vervaagt het onderscheid tussen verpleeg- en verzorgingshuizen steeds meer. Ook in de (voormalige) verzorgingshuizen verblijven steeds meer zwaardere cliënten. Daar waar verzorgingshuizen zich omvormen tot verpleeghuizen moet ook rekening worden gehouden met kwaliteitsaspecten, hetgeen onderdeel uit maakt van het kwaliteitsprogramma Waardigheid en trots. Er zijn ongeveer 130.000 bezette intramurale plaatsen in de sector verpleging en verzorging. Het verzorgingshuis is daarmee niet verdwenen, maar er verblijven wel steeds meer zwaardere cliënten.

Vraag 235:
De Minister spreekt over een toekomstgerichte werkagenda voor huishoudelijke hulp, en een code voor verantwoord marktgedrag. Welk budget stelt zij hiervoor ter beschikking?

Antwoord 235:
De werkagenda voor huishoudelijke hulp en de code voor verantwoordelijk marktgedrag zijn ondergebracht bij het Interventieteam Hervormingen Langdurige Zorg en de Transitiecommissie Sociaal Domein. In de begroting van 2016 is hiervoor € 1 miljoen gereserveerd. Dit bedrag is ondergebracht bij de post opdrachten van artikel 4.2 (Opleidingen, beroepenstructuur en arbeidsmarkt).

Vraag 236:
Hoeveel mantelzorgers zijn er in Nederland, wat zijn de meest recente cijfers?

Antwoord 236:
Uit de in 2013 door het SCP opgeleverde literatuurstudie «Informele zorg in Nederland» die bij brief van 20 juli 2013 aan de Tweede Kamer is gestuurd, volgt dat in 2008 er ca. 3,5 miljoen mantelzorgers zijn waarvan er ca. 2,6 miljoen langdurig en/of intensief mantelzorg verlenen (TK 30 169, nr. 28).

In december 2015 verschijnt het kwantitatieve SCP-onderzoek betreffende de stand van zaken informele zorg (mantelzorg en vrijwilligerswerk), met

daarin actuele cijfers omtrent aard, omvang, kwaliteit en belasting van de informele zorg.[19]

Vraag 237:
Hoeveel overbelaste mantelzorgers zijn er in Nederland, wat zijn de meest recente cijfers? Wat is de ontwikkeling?

Antwoord 237:
Uit de in 2013 door het SCP opgeleverde literatuurstudie «Informele zorg in Nederland» die bij brief van 20 juli 2013 aan de Tweede Kamer is gestuurd, volgt dat in 2010 circa 450.000 mantelzorgers overbelast te zijn (TK 30 169, nr. 28).

In december 2015 verschijnt het kwantitatieve SCP-onderzoek betreffende de stand van zaken van informele zorg (mantelzorg en vrijwilligerswerk) met daarin actuele cijfers omtrent aard, omvang, kwaliteit en belasting van de informele zorg.[20]

Vraag 238:
Hoeveel vrijwilligers in de zorg zijn er in Nederland, wat zijn de meest recente cijfers?

Antwoord 238:
Volgens schattingen van het kenniscentrum langdurende zorg Vilans zijn er in Nederland ongeveer 450.000 vrijwilligers in de zorg. Van hen zijn ongeveer 250.000 actief via organisaties zoals de Zonnebloem, het Rode Kruis en Humanitas, en ongeveer 200.000 in zorginstellingen (100.000 in de ouderenzorg, 50.000 in de verstandelijk en lichamelijk gehandicaptenzorg, 30.000 in instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en 20.000 in ziekenhuizen.[21] Naar schatting 25.000 mensen geven intensieve vrijwilligerszorg, zoals thuishulp, vriendendiensten, buddyzorg of georganiseerde burenhulp.[22] Deze cijfers dateren van 2011, maar in december 2015 verschijnt het kwantitatieve SCP-onderzoek betreffende de stand van zaken van o.a. zorgvrijwilligers, met daarin actuele cijfers omtrent aard, omvang, kwaliteit en belasting van de informele zorg.[23]

Vraag 239:
Hoeveel vrijwillige mantelzorgers zijn er in Nederland, wat zijn de meest recente cijfers?

Antwoord 239:
In de Wmo 2015 wordt mantelzorg gedefinieerd als hulp die rechtstreeks voortvloeit uit een tussen personen bestaande sociale relatie. Het kwalitatieve SCP-onderzoek «Hulp geboden, een verkenning van de mogelijkheden en grenzen van informele zorg» dat op 18 september jl. is verschenen, bevestigt dat mensen mantelzorg gaan verlenen vanwege de

---

[19] Aan het onderzoek ligt ten grondslag de motie van het lid Bergkamp C.S. van 11 december 2012 waarin het SCP wordt verzocht onderzoek te verrichten naar de stand van zaken van de informele zorg.
[20] Aan het onderzoek ligt ten grondslag de motie van het lid Bergkamp C.S. van 11 december 2012 waarin het SCP wordt verzocht onderzoek te verrichten naar de stand van zaken van de informele zorg.
[21] Scholten, Cecil (2011). Zonder cement geen bouwwerk. Vrijwilligerswerk in de zorg, nu en in de toekomst. Utrecht: Vilans / Movisie en Vereniging Nederlandse Organisaties Vrijwilligerswerk.
[22] Mezzo (2011). Mezzo Brancherapport Ondersteuning Informele zorg 2010/2011. Bunnik: Mezzo.
[23] Aan het onderzoek ligt ten grondslag de motie van het lid Bergkamp C.S. van 11 december 2012 waarin het SCP wordt verzocht onderzoek te verrichten naar de stand van zaken van de informele zorg.

hechte band, vriendschap of liefde, die ze hebben met de hulpbehoevende.[24]
Hoewel vaak een verantwoordelijkheidsgevoel of plichtsgevoel meespeelt, zoals bij de hulp aan een ouder of de partner, is en blijft mantelzorg een persoonlijke keuze.

In 2008 waren er circa 3,5 miljoen mantelzorgers waarvan er circa 2,6 miljoen langdurig en/of intensief mantelzorg verlenen.[25]

Vraag 240:
Hoeveel respijtvoorzieningen en logeeropvanghuizen zijn er in Nederland?

Antwoord 240:
Respijtzorg in de vorm van logeren is mogelijk op grond van de Wlz en in het gemeentelijke domein. Logeerplekken in deze domeinen worden niet landelijk geregistreerd. De Wlz biedt verzekerden de mogelijkheid van logeren tot een maximum van 104 etmalen per jaar. Wlz-uitvoerders hebben een zorgplicht om hiervoor voldoende logeeropvang in te kopen.

De Jeugdwet en Wmo2015 bieden de gemeente de mogelijkheid om ook andere voorzieningen te treffen die respijt bieden. Dit past bij de maatwerkgedachte waarbij het gewenste resultaat centraal staat: ondersteunen van de mantelzorger.

Uit de inventarisatie van de VNG[26] onder gemeenten blijkt het huidige aanbod aan respijtzorg als volgt te zijn: 88% biedt dagbesteding, 84% biedt kortdurende opvang, 75% biedt een zorgvrijwilliger aan huis, 52% biedt crisisopvang, 35% biedt vakantieopvang en 29% een logeergezin, of een combinatie hiervan. Gemeenten geven ook aan dat sommige respijtvoorzieningen nog in ontwikkeling zijn.

Ter ondersteuning van gemeentelijk respijtbeleid verscheen 24 juni 2015 een nieuwe digitale handreiking. Daarnaast heb ik met Mezzo afgesproken de bestaande respijtwijzer voor mantelzorgers te herzien, zodat mantelzorgers eenvoudig zicht krijgen op welke respijtmogelijkheden er in hun omgeving zijn.

Vraag 241:
Is het aantal respijtvoorzieningen in 2015 gestegen, gelijk gebleven of gedaald, en wat is uw duiding hiervan?

Antwoord 241:
Zie het antwoord op vraag 240. Ik heb geen zicht op de ontwikkeling van het aantal respijtvoorzieningen.

Vraag 242:
Hoe vaak worden mantelzorgers ingezet als vervanging van professionele zorg?

Antwoord 242:
Wat mensen voor elkaar doen is afhankelijk van de aard van de relatie die mensen met elkaar hebben. Dat maakt mantelzorg een persoonlijke keuze. Ook de draagkracht en draaglast van mensen speelt bij de verlening van mantelzorg een belangrijke rol.

---

[24] Bij brief van 11 november 2014 (Kamerstuk 30 169, nr. 38) is dit onderzoek aan de TK gestuurd.
[25] Informele zorg in Nederland, een literatuurstudie naar mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg, SCP, juni 2013.
[26] Rapport Onderzoek Mantelzorgbeleid, Radar, juni 2015. Bijlage van kamerstuk 30 169 nr. 42

De gemeente dient derhalve in het kader van de Wmo 2015 – bij de melding van een behoefte aan maatschappelijke ondersteuning – per geval te onderzoeken wat de mogelijkheden voor mantelzorg zijn. Professionele zorg is beschikbaar in die gevallen waarin dat nodig is. Mantelzorg is in die zin ook geen vervanging van professionele zorg.

Vraag 243:
Volgens de memorie van toelichting is één van de beleidswijzigingen in de begroting dat de informele zorg in 2016 verder wordt versterkt. Welke concrete (budgettaire) wijzigingsmaatregelen daartoe bevatten de VWS-begroting en het BKZ 2016, hoe worden de desbetreffende middelen ingezet en welke afrekenbare doelen worden hiermee nagestreefd?

Antwoord 243:
Mijn beleid is erop gericht informele zorg in 2016 verder te versterken. Het gaat om het blijvend versterken en het tijdig verlichten van informele zorgverleners en het verbinden van informele zorg met de formele zorg.

In 2016 zet ik daartoe de instellingssubsidie aan Mezzo (circa € 3 miljoen) en Vereniging Nederlandse Organisaties Vrijwilligerswerk (NOV) (circa € 0,2 miljoen) voort. Ook de activiteiten van Expertisecentrum Mantelzorg, het samenwerkingsverband van Movisie en Vilans, worden in 2016 voortgezet (circa € 0,4 miljoen binnen de instellingssubsidies en circa € 0,25 miljoen projectsubsidie voor deskundigheidsbevordering). Daarmee wordt gewerkt aan verankering van aandacht voor het samenspel tussen formele en informele zorg in mbo- en hbo-opleidingen en in de praktijk. Ook de Wmo-werkplaatsen dragen daaraan bij via onderzoek, opleiding en het delen van praktische kennis voor gemeenten en organisaties in zorg en welzijn. In 2016 wordt ook uitvoering gegeven aan het programma «Vrijwilligers dichtbij», een impuls van € 1,4 miljoen (per jaar gedurende 3 jaren) voor landelijk werkende vrijwilligersorganisaties.

Verder ondersteun ik via de kennisinstituten de verdere ontwikkeling van het sociaal wijkteam, waarbij er ook aandacht is voor de verbinding met informele zorg. Aandacht voor informele zorg moet breed aanwezig zijn. Ik leg daarom verbinding met programma's en activiteiten van VWS en andere departementen, zoals Waardigheid en Trots, Nationaal Programma Palliatieve Zorg (NPPZ), Werk en mantelzorg (met SZW), emancipatie (met OCW).

Een goed samenspel laat zich moeilijk meten. Uiteindelijk gaat het erom hoe vrijwilligers en mantelzorgers het samenspel met formele zorg ervaren en of zij zich voldoende toegerust voelen om ondersteuning te kunnen bieden aan een naaste. Dat zal naar boven komen uit de evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg door het SCP.

Vraag 244:
Kan voor de jaren 2015 t/m 2020 in de vorm van een tabel per jaar en per maatregel aangegeven worden wat er aan uitgaven aan de diverse genoemde maatregelen m.b.t. dementie wordt geraamd?

Antwoord 244:
Het budget voor de aangekondigde maatregelen in de brief «Samenleven met dementie» van 7 juli 2015 (TK 25 424, nr. 284) is in totaal € 16 miljoen voor de periode 2015–2020. Daarvan is over de periode 2016–2020 € 2 miljoen per jaar voor het programma Dementievrienden.

Voor de maatregelen in het kader van de werkgroep vanuit Dementie Bekeken, het verbeterprogramma voor de naleving van de Zorgstandaard

Dementie en de begeleiding van experimenten is in totaal € 6 miljoen beschikbaar. Ik verwacht het advies van de werkgroep «Vanuit Dementie Bekeken» eind dit jaar. Verder ben ik in gesprek met het bestuur van de coöperatie het Deltaplan Dementie en andere relevante partijen over de vormgeving van het verbeterprogramma en met de netwerken ketenzorg dementie over de inrichting van experimenten. Naar aanleiding van het advies van de werkgroep en de uitkomsten van de gesprekken besluit ik over de nadere toedeling van dit deel van het budget.

In de onderstaande tabel is het voorgaande samengevat. Zie ook het antwoord op vraag 249 voor het nog niet verplichte deel van het budget van het innovatieprogramma Memorabel.

Beschikbaar budget (x € 1.000)

Maatregel	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	totaal
Dementievrienden				2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	10.000
Werkgroep vanuit Dementie Bekeken									
Verbeterprogramma			50	1.150	1.200	1.200	1.200	1.200	6.000
Experimenten									
Totaal budget voor nieuw beleid			**50**	**3.150**	**3.200**	**3.200**	**3.200**	**3.200**	**16.000**
Memorabel fase 1	255	5.597	6.545	7.211	7.461	3.272	2.099	60	32.500

Vraag 245:
In 2016 worden de 14 Wmo-werkplaatsen voor 2,6 miljoen euro gesubsidieerd. De Wmo-werkplaatsen zijn door de wisselwerking tussen onderzoek, onderwijs en praktijk een succesvolle formule om kennis te ontwikkelen, toe te passen en te implementeren. Kan een overzicht worden verschaft van de successen die tot nu toe behaald zijn?

Antwoord 245:
Bij de tweede voortgangsrapportage Hervorming Langdurige Zorg van 25 juni 2015 (TK 34 104, nr. 63) heb ik u geïnformeerd over de voortgang van de vernieuwing van de kennisinfrastructuur in het sociaal domein. De Wmo-werkplaatsen spelen daarbij een centrale rol. De subsidie is bedoeld om te komen tot omvorming van de huidige Wmo-werkplaatsen tot een goed functionerend en vraaggestuurd regionaal kennisnetwerk sociaal domein, waarin gewerkt wordt op basis van een door de betrokken partijen – gemeenten, instellingen, hogescholen en cliëntorganisaties – gedragen meerjarige regionale kennisagenda. Aan de basis van dit besluit ligt het in opdracht van VWS en de VNG uitgevoerde onderzoek «Uit de steigers: advies over doorontwikkeling Wmo-werkplaatsen». De Wmo-werkplaatsen hebben zich als samenwerkingsverbanden zeer dicht op de praktijk gepositioneerd. Op die manier lukt het om vragen uit de praktijk centraal te stellen en zo implementatie van bevindingen of onderzoeksresultaten kansrijker te maken. Vooral krachtig is de wisselwerking tussen onderzoek, onderwijs en praktijk. De Wmo-werkplaatsen leveren als resultaat van die wisselwerking regelmatig producten die gratis beschikbaar zijn voor onderwijs en de praktijk. Wmo-werkplaatsen ontwikkelden bijvoorbeeld het werkboek «Eenzaam ben je niet alleen», dat handvatten biedt aan ondersteuners (professionals en vrijwilligers) om samen met betrokkene eenzaamheid en sociaal isolement aan te pakken. Daarnaast kwamen in 2015 onder meer het boek «Leren transformeren» over het faciliteren van praktijkinnovatie en de onderwijsmodules «Maatschappelijke ondersteuning en actie-leren in sociale wijkteams» en «burgers en professionals in dialoog» beschikbaar.

Meer informatie en producten vindt u op de website www.wmowerkplaatsen.nl en het onderzoek «Uit de steigers» (https://vng.nl/onderwerpenindex/sociaal-domein/publicaties/uit-de-steigers-advies-over-doorontwikkeling-wmo-werkplaatsen).

Vraag 246:
Hoe lang blijft het kennisinstituut Movisie subsidie ontvangen voor het verzamelen, verrijken, valideren en verspreiden van kennis voor de ondersteuning van gemeenten en instellingen? Is dit een permanente uitgavenpost of wordt de subsidie na een x-aantal jaar beëindigd?

Antwoord 246:
In de voortgangsrapportage Hervorming Langdurige Zorg van 25 juni 2015 (TK 34 104, nr. 63) heb ik aangegeven dat ik de kennisinfrastructuur, waaronder kennisinstituut Movisie, wil vernieuwen.

Er is een traject gestart om kennisvragen vanuit de praktijk leidend te laten zijn voor de inhoudelijke programmering van de kennisinstellingen en dat betekent onder meer dat gemeenten en veld geleidelijk meer invloed zullen krijgen op en verantwoordelijkheid voor die programmering. Na drie jaar zal evaluatie plaatsvinden. Dat betekent dat de subsidie voor Movisie vooralsnog wordt gecontinueerd en dat vervolgens aan de hand van de evaluatie zal worden bezien of verdere stappen wenselijk zijn in termen van continuering, programmering en sturing van de landelijke en regionale kennisinfrastructuur.

Vraag 247:
VWS participeert in het programma «tel mee met taal» omdat laaggeletterdheid een negatief effect heeft op welzijn en gezondheid. Het gezamenlijke jaarlijkse budget is 18 miljoen euro, waarvan 2 miljoen euro van VWS. Is dit voldoende, gezien de enorme asieltsunami uit niet westerse landen? Blijft het bij deze 2 miljoen euro of kan er nog een vervijfvoudiging verwacht worden? Zo ja, ten koste van wat gaat dat dan gefinancierd worden?

Antwoord 247:
De € 2 miljoen is voldoende voor het realiseren van de doelen van genoemd programma.

Vraag 248:
Kan de Minister toelichten waarom zij bij Joodse en Indische instellingen spreekt over een «bijzondere solidariteit», maar gelijktijdig wel in tien jaar de subsidie gaat afbouwen?

Antwoord 248:
De subsidie is in het leven geroepen om specifieke zorg aan de eerste generatie oorlogsgetroffenen de komende tien jaar te kunnen continueren. De subsidie loopt af omdat, als gevolg van de demografische ontwikkeling, de doelgroep steeds kleiner wordt. Voor de afbouw van de subsidie hanteer ik een iets ruimer percentage dan op grond van de demografische ontwikkeling is te verwachten om er zeker van te zijn dat er voldoende middelen voor deze doelgroep beschikbaar zijn.

Vraag 249:
Welk budget is er nog beschikbaar binnen het dementie-onderzoeks- en innovatieprogramma Memorabel en hoe wordt aan het eind van de looptijd de (financiering van de) continuering van dementie-onderzoek geborgd?

Antwoord 249:

Voor het dementie-onderzoeks- en innovatieprogramma Memorabel heb ik voor de periode 2013–2017 € 32,5 miljoen beschikbaar gesteld. Deze middelen zijn conform de met ZonMw gemaakte afspraken grotendeels verdeeld over en vastgelegd in de diverse projecten. Er is nu nog € 1,5 miljoen gereserveerd voor projecten met betrekking tot kennisvragen uit de praktijk en € 1,4 miljoen voor met name de implementatie van resultaten.

In de onderstaande tabel is het voorgaande samengevat. De meeste onderzoeksprojecten van fase 1 van Memorabel ronden af in 2016 of 2017. Het kabinet is voornemens bij het opstellen van de begroting voor 2017 een besluit te nemen over financiering van de tweede fase van Memorabel van 2017–2020.

Budget (x € 1.000)

Maatregel	2015	2016	2017	2018	2019	2020	totaal
Kennisvragen uit de praktijk (Memorabel fase1)		1.500					1.500
Implementatie en communicatie resultaten (Memorabel fase1)	50	100	750	400	80		1.380

Vraag 250:
Met de gemeenten is de afspraak gemaakt dat gemeenten zelf de integrale uitvoeringskosten voor de Wmo 2015 en de Jeugdwet bekostigen. Na afronding van de hersteloperatie zal door de SVB een herziene raming van de uitvoeringkosten in 2016 worden gemaakt. Kan er een overzicht gegeven worden van «alle» kosten die tot nu toe gemaakt zijn voor de invoering van het trekkingsrecht en bij wie deze rekeningen worden neergelegd? En het zelfde overzicht voor de extra kosten?

Antwoord 250:
Vanaf de zijde van het Rijk zijn vanaf eind 2013 kosten gemaakt voor de invoering van het trekkingsrecht: het betreft hier de voorbereidingskosten en uitvoeringskosten bij de SVB. Voor 2013 en 2014 bedragen de kosten van deze voorbereidende werkzaamheden maximaal € 13 miljoen (vaststelling van de realisatie loopt thans). De geraamde uitgaven van de SVB voor de uitvoering van het trekkingsrecht in 2015 bedragen € 74,7 miljoen (zie tabel «budgettaire gevolgen van beleid», pagina 53). Voorts zijn verschillende organisaties tegemoet gekomen in de kosten die zij hebben gemaakt voor de voorlichting en ondersteuning van zorgverleners, budgethouders en ketenpartners. De kosten hiervan bedragen ongeveer € 1,2 miljoen Tevens zijn verschillende opdrachten met een beperkt budgettair beslag verleend in het kader van onderzoek en beleidsadvies op het gebied van trekkingsrecht, en is personele capaciteit ingezet bij de ketenpartners om ondersteuning te bieden bij het voornoemde herstel.

Zorgkantoren en gemeenten maakten en maken kosten ter voorbereiding op en ter uitvoering van het trekkingsrecht. Deze worden niet separaat geregistreerd en centraal bijgehouden. Ik wijs er hierbij overigens op dat er ook vóór de invoering van het trekkingsrecht uitvoeringskosten werden gemaakt door deze ketenpartners, in het kader van de uitvoering van het pgb binnen de Wmo en AWBZ.

Thans loopt onderzoek naar de meerkosten die door de gemeenten zijn gemaakt als gevolg van de uitvoering van de terugvalscenario's. Bij Voorjaarsnota 2015 is reeds € 20 miljoen extra voor dit doel toegekend aan gemeenten voor het jaar 2015 (zie tabel 9, pagina 156). Door de zorgkantoren is aangegeven dat zij € 5,7 miljoen aan kosten hebben gemaakt. Voorts worden de verwachte meeruitgaven als gevolg van de

bestuurlijke afspraken omtrent herindicaties in kaart gebracht (zie Kamerbrief d.d. 4 september 2015, TK 25 657, nr. 202): de geraamde hoogte hiervan wordt dit najaar bekend.

Zoals eerder met de Kamer is gedeeld, ben ik voornemens een compensatieregeling te treffen voor zorgverleners en budgethouders die nadeel hebben ondervonden als gevolg van de invoeringsproblemen van het trekkingsrecht. Deze uitgaven zijn in totaal over 2015 en 2016 geraamd op € 20 miljoen. Dit bedrag is in de begroting eveneens opgenomen in de tabel «budgettaire gevolgen van beleid» bij begrotingsartikel 3 (pagina 53).

Vraag 251:
Wat kosten de persoonsgebonden budgetten jaarlijks?

Antwoord 251:
De uitgaven voor het pgb-AWBZ bedroegen de afgelopen jaren (x € 1 miljoen):

2009: 1.917,3
2010: 2.159,9
2011: 2.255,5
2012: 2.458,7
2013: 2.414,9

De uitgaven voor het jaar 2014 zijn voor het pgb-AWBZ nog niet bekend, omdat Zorginstituut Nederland de subsidie 2014 nog niet voor alle zorgkantoren heeft vastgesteld. De uitgaven worden op dit moment geraamd op € 2.471,5 miljoen.
Naast het pgb-AWBZ werd in het verleden door de gemeenten ongeveer € 250 miljoen uitgegeven aan pgb's voor huishoudelijke hulp.

Sinds 2015 is het persoonsgebonden budget in de vier zorgdomeinen wettelijk verankerd, te weten de Wlz, de Zvw, de Wmo 2015 en de Jeugdwet. De uitgaven 2015 zijn geraamd op € 1.419 miljoen in de Wlz, € 485 miljoen in de Wmo, € 454 miljoen in de Jeugdwet en € 314 miljoen in de Zvw. De daadwerkelijke uitgaven zijn nog niet bekend.

Vraag 252:
Hoeveel persoonsgebonden budgetten worden jaarlijks afgegeven per zorgdoelgroep en sector?

Antwoord 252:
Het aantal verzekerden met een pgb-AWBZ bedroeg de afgelopen jaren op 31 december:

2009: 118.284
2010: 120.572
2011: 138.682
2012: 128.707
2013: 121.913
2014: 119.184

Ultimo augustus 2015 waren er, volgens gegevens van de NZa, ongeveer 30.000 verzekerden met een pgb-Wlz. Daarvan hadden er 23.000 een pgb-Wlz op basis van een verblijfsindicatie. Daarbij was sprake van de volgende verdeling over de verschillende sectoren/zorgprofielen:

Verpleging en verzorging:	23%

Verstandelijke beperking:	67%
Lichamelijke beperking:	9%
Zintuiglijke beperking:	1%
GGZ:	0,02%

Deze laatste 4 budgethouders hebben op grond van overgangsrecht nog een pgb-Wlz op basis van een zorgprofiel GGZ B.

Volgens gegevens van de SVB waren er in juni 2015 57.415 budgethouders met een Wmo-budget voor begeleiding, 55.818 budgethouders met een Wmo-budget voor huishoudelijke verzorging en 33.242 budgethouders met een pgb-Jeugdwet.
Uit de laatste gegevens van Zorgverzekeraars Nederland (van 30 april 2015) blijkt tot slot dat er 27.540 unieke cliënten met een pgb zijn overgegaan van de AWBZ naar de Zvw. ZN heeft nog geen gegevens beschikbaar over het daadwerkelijk gebruik van het Zvw-pgb in 2015. Die informatie wordt meegenomen in de monitor over het Zvw-pgb. Mijn streven is om de eerste Zvw-pgb monitor, over het jaar 2015, voor 1 april 2016 uit te brengen.
Doordat combinaties van een gemeentelijk en Zvw pgb sinds 2015 mogelijk zijn, is het totaal aantal budgethouders lager dan de optelsom van bovenstaande aantallen.

Vraag 253:
Hoeveel indicaties «Begeleiding» hebben een pgb financiering in 2014 en 2015?

Antwoord 253:
Tot 1 januari 2015 werd in de AWBZ begeleiding of begeleiding groep (dagbesteding) los geïndiceerd of maakte onderdeel uit van een zorgzwaartepakket. Sinds 1 januari 2015 wordt een indicatie en pgb voor begeleiding door de gemeente (Wmo of Jeugdwet) afgegeven of maakt het onderdeel uit van een zorgprofiel Wlz. In de Wlz koopt vrijwel iedere budgethouder enige begeleiding in.
Ultimo 2014 waren er ongeveer 71.000 budgetten voor extramurale begeleiding. Hiervan waren ongeveer 31.000 budgetten voor budgethouders jonger dan 18 jaar en ongeveer 40.000 budgetten voor budgethouders van 18 jaar en ouder.

Volgens gegevens van de SVB zijn door gemeenten 57.415 Wmo-budgetten voor begeleiding afgegeven (stand juni 2015). De budgetten in de Jeugdwet, 33.242, zijn niet verbijzonderd naar functie.

Vraag 254:
Hoeveel indicaties «Persoonlijke verzorging» hebben een pgb financiering in 2014 en 2015?

Antwoord 254:
Tot 1 januari 2015 werd in de AWBZ persoonlijke verzorging los geïndiceerd of maakte onderdeel uit van een zorgzwaartepakket. Sinds 1 januari 2015 wordt persoonlijk verzorging geïndiceerd door de gemeente vanuit de Jeugdwet, wijkverpleging (waarbinnen verzorging) vanuit de Zvw, of als onderdeel van een zorgprofiel vanuit de Wlz. In de Wlz koopt vrijwel iedere budgethouder enige persoonlijke verzorging in.

Ultimo 2014 waren er ongeveer 45.000 budgethouders met een pgb-AWBZ voor persoonlijke verzorging (niet zijnde onderdeel van een zorgzwaartepakket). Hiervan waren ongeveer 11.000 budgetten voor budgethouders jonger dan 18 jaar en ongeveer 34.000 budgetten voor

budgethouders van 18 jaar en ouder. Een beperkt deel zal nu een pgb voor verzorging hebben van de gemeente, en het overgrote deel (95%), in bijzonder van de budgethouders van 18 jaar en ouder zal terecht gekomen zijn in de Zvw. Deze aantallen zijn ook de raming voor het verwachte aantal budgetten die afgegeven zullen worden in 2015. De daadwerkelijke aantallen voor de Zvw, de Wmo en Jeugdwet zijn nog niet bekend.

Vraag 255:
Hoeveel mantelzorgers worden betaald uit het pgb 2014 en 2015?

Antwoord 255:
Bij mantelzorgers is per definitie sprake van onbetaalde ondersteuning en zorg. Wel kan zorg door naasten uit het pgb worden gefinancierd. Het is niet exact bekend hoeveel naasten in 2014 en 2015 uit het pgb zijn betaald. Onder de AWBZ is dat niet op dit niveau bijgehouden.

Voor 2015 geeft het aantal familieovereenkomsten dat de SVB registreert enige indicatie. Op 20 augustus 2015 had de SVB 84.570 overeenkomsten van opdracht met een familierelatie geregistreerd, op een totaal van 260.215 zorgovereenkomsten. Daarvan waren er 20.332 geregistreerd onder de Jeugdwet, 24.703 betroffen Wlz-zorg, 21.638 Wmo-begeleiding, 13.948 Wmo-huishoudelijke hulp en 3.949 Zvw-zorg. Voor de Zvw-zorg geldt geen trekkingsrecht, maar mensen kunnen de SVB wel hun administratie laten doen, waardoor dit niet de volledige populatie betreft.

Vraag 256:
Hoeveel mensen zetten per jaar hun zorg in natura om in pgb 2014 en 2015?

Antwoord 256:
In 2014 zijn in de AWBZ 2.635 verzekerden overgestapt van zorg in natura naar pgb. Voor 2015 zijn nog geen vergelijkbare cijfers bekend voor de verschillende domeinen.

Vraag 257:
Hoeveel mensen hebben wijkverpleging via het pgb?

Antwoord 257:
Uit de laatste gegevens van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) van 30 april 2015 blijkt dat er 27.540 unieke cliënten met een pgb zijn overgegaan vanuit de Algemene Wet Bijzondere Zieketekosten (AWBZ) naar de Zvw. ZN heeft nog geen betrouwbare informatie beschikbaar over het daadwerkelijk gebruik van het Zvw-pgb in 2015. Die informatie zal worden meegenomen in de monitor over het Zvw-pgb. Het streven is de eerste monitor, over het jaar 2015, voor 1 april 2016 uit te brengen.

Vraag 258:
Wat is het hoogste en laagste pgb-bedrag voor iemand?

Antwoord 258:
De verzekerde kan in de Wlz via het mpt per functie kiezen voor een pgb, voor een aanbieder gecontracteerd door het zorgkantoor of om de zorg zelf te organiseren. Het laagst mogelijke pgb is daardoor het pgb voor de laagste klasse van de functie verpleging: € 1.281 per jaar (tarief 2015). Vaak betekent dit dat de rest van de indicatie (deels) in natura is verzilverd.

Het hoogst toegekende pgb bedroeg in 2015 € 319.253. Het betreft een Wlz-indiceerbare, met een indicatiebesluit in functies en klassen, waarbij door het CIZ verpleging is geïndiceerd boven de hoogste klasse.

Vraag 259:
Hoeveel klachten heeft het SVB de afgelopen 2 jaar binnengekregen?

Antwoord 259:
De SVB rapporteert als volgt: tussen 1 oktober 2013 en 31 december 2013 zijn 132 klachten geregistreerd. Deze zijn in gemiddeld 3,7 werkdagen afgehandeld. In 2014 zijn 1.301 klachten ontvangen. Deze klachten zijn in gemiddeld 2,8 werkdagen afgehandeld. Tot en met 30 september 2015 zijn 7.631 klachten ontvangen. Deze klachten zijn in gemiddeld 9 werkdagen afgehandeld.
Op 1 oktober 2015 stonden in totaal nog 344 klachten open.

Klachten kunnen zowel via de website als via de overige kanalen (post, mail, telefoon) worden ingediend. Het streven is dat er binnen 24 uur contact wordt opgenomen door de SVB met de budgethouder of diens vertegenwoordiger. Als het probleem is opgelost, wordt de budgethouder of diens vertegenwoordiger op de hoogte gesteld.

Vraag 260:
Welke kosten zijn vanaf 1 januari 2015 gemaakt om de problemen die zijn ontstaan bij het invoeren van het Trekkingsrecht PGB op te lossen?

Antwoord 260:
Zie het antwoord op vraag 250.

Vraag 261:
Hoeveel geld is uitgetrokken voor de komende tijd om de problemen die ontstaan zijn bij het invoeren van het Trekkingsrecht PGB op te lossen? Waarvoor is dit budget bedoeld? Waar komt het beschikbare budget vandaan?

Antwoord 261:
Zie het antwoord op vraag 250.

Vraag 262:
Hoeveel pgb-bemiddelingsbureaus zijn er, en hoeveel pgb-houders maken gebruik van een dergelijk bemiddelingsbureau?

Antwoord 262:
Er bestaat geen landelijke registratie van de bemiddelingsbureaus en het is ook niet bekend hoeveel budgethouders gebruik maken van een bemiddelingsbureau. Sinds 1 januari 2013 kunnen nieuwe budgethouders hun pgb-AWBZ of pgb-Wlz niet meer besteden aan de kosten van bemiddeling.

Vraag 263:
Hoeveel herindicaties zijn er tot nu toe gedaan in 2015 en hoeveel van deze herindicaties hebben geleid tot minder zorg, uitgesplitst in Wlz, Wmo en pgb?

Antwoord 263:
Er zijn geen gegevens beschikbaar over herindicaties die zijn uitgevoerd voor de Wmo. Voor de Wlz is het volgende bekend. Het CIZ heeft in de eerste 6 maanden van het jaar 2015 ongeveer 47.000 positieve Wlz-besluiten afgegeven. Het aantal Wlz-herindicaties bedroeg 41.000 en de resterende 6.000 betrof eerste aanvragen. Het gaat hierbij om het totaal van de zowel reguliere Wlz-besluiten als besluiten voor de subsidieregelingen waarvoor het CIZ taken uitvoert.

Vraag 264:

Wat kost het CAK jaarlijks?

Antwoord 264
De beheerskosten van het CAK bedroegen in 2014 € 102 miljoen en zullen in 2015 waarschijnlijk uitkomen op circa € 101 miljoen.

Vraag 265:
Hoeveel klachten en bezwaren heeft het CAK afgelopen jaar gekregen, en wat was het aantal in voorgaande jaren?

Antwoord 265:
In het onderstaande overzicht is opgenomen het totaal aantal klachten en bezwaren over alle regelingen die het CAK uitvoert (Wmo 2015/WLZ) of in het verleden heeft uitgevoerd (Wmo/AWBZ/Wtcg/CER).

Jaar	Klachten	Bezwaren		
		Eigen bijdrage (AWBZ// Wlz/Wmo/Wmo 2015)	Compensatie eigen risico	Wtcg
2011	441	3.828	2.065	5.839
2012	518	2.457	1.156	7.040
2013	677	4.583	698	5.459
2014	645	2.363	382	3.297
2015 (t/m 1 juli)	401	2.840[1]	12	1.152

[1] Waarvan 1.072 over de Wlz en 1.131 over de Wmo (zie ook antwoord op vraag 550)

Vraag 266:
Kunt u nauwkeurig toelichten welke extra amendeerruimte nog bestaat? Als deze ruimte ontbreekt, wat is hiervoor de reden?

Antwoord 266:
Strikt genomen is het budget dat nog niet juridisch verplicht is amendeerbaar. Het juridisch verplichte budget is opgenomen onder het kopje budgetflexibiliteit. Los van de juridische verplichtingen zijn er echter ook beleidsplannen gepresenteerd en zijn er politieke en bestuurlijke afspraken gemaakt die nog niet in een juridische verplichting zijn vastgelegd, maar wel in 2016 tot uitgaven zullen leiden. Een voorbeeld hiervan is het voortzetten van het Actieplan Veilig Werken in de Zorg in 2016 (€ 3,5 miljoen). Amendementen die leiden tot een verlaging van de budgetten die nog niet juridisch verplicht zijn, gaan ten koste van de uitvoering van deze plannen.

Vraag 267:
Hoe vaak is er melding gemaakt afgelopen jaren bij de Ondernemingskamer als het gaat om disfunctionerende bestuurders?

Antwoord 267:
Op grond van het enquêterecht kan een cliëntenraad van de zorginstelling een verzoek doen tot een onderzoek naar het beleid en de gang van zaken binnen de zorginstelling. Indien uit het onderzoek van de enquêteur blijkt dat er sprake is van wanbeleid kan de Ondernemingskamer voorzieningen treffen die zij op grond van de uitkomst van het onderzoek noodzakelijk acht. De Ondernemingskamer doet daarbij geen uitspraak over de aansprakelijkheid. Navraag bij de Ondernemingskamer wijst uit dat de afgelopen jaren vijf jaar vijf van dergelijke verzoeken zijn gedaan. Deze vijf verzoeken zijn alle door de Ondernemingskamer in behandeling genomen. Daarbij speelde ook in alle vijf gevallen het optreden van het bestuur een rol.

Vraag 268:
Wat is de stand van zaken met het rapport «Beperkt weerbaar»? Zijn er de afgelopen jaren verbeteringen bereikt of juist niet? Kunt u een toelichting geven?

Antwoord 268:
Er worden periodiek geen landelijke cijfers bijgehouden omtrent het vóórkomen van seksueel misbruik bij mensen met een verstandelijke beperking.

Gewerkt is aan het verbeteren van de kennis, informatie en instrumenten die beschikbaar zijn om seksueel misbruik bij mensen met een beperking te voorkómen en aan te pakken. Zowel door de koepelorganisatie, de individuele instellingen als het platform van ouderorganisaties is en wordt hiervoor materiaal ontwikkeld. De onderzoekers van Beperkt Weerbaar constateerden dat er veel kennis, informatie, instrumenten en methodieken beschikbaar zijn over het omgaan met seksualiteit en preventie van seksueel misbruik, maar dat de informatie niet altijd vindbaar was en niet toegesneden op specifieke groepen.

Daarom heb ik twee acties laten uitvoeren. Op mijn verzoek is door de Universiteit Maastricht (Gouverneur Kremers Centrum) een «wegwijzer» gemaakt voor ouders en zorgprofessionals. Deze wegwijzer verwijst in elke stap in de keten (preventie-signalering-aanpak-nazorg) naar bruikbaar materiaal. Dat kan ook materiaal zijn dat minimaal gebaseerd is op relevante praktijkervaringen. De wegwijzer is dit voorjaar gereed gekomen en is via het «Kennisplein gehandicaptensector» te raadplegen (www.kennispleingehandicaptensector.nl). Voorts heeft Ieder(in) op mijn verzoek een reeks gepubliceerd, waarin het beschikbare voorlichtingsmateriaal toegesneden wordt op specifieke groepen, bijvoorbeeld mensen met autisme, syndroom van Down en meervoudige beperkingen (en de verwanten van deze mensen).

Vraag 269:
Hoeveel mensen maken gebruik van de tegemoetkoming specifieke zorgkosten?

Antwoord 269:
Voor de jaren 2009 t/m 2012 maakten gemiddeld 170.000 mensen per jaar gebruik van de TSZ. De toekenning voor 2013 is nog niet afgerond. Naar verwachting zullen ruim 120.000 mensen gebruik maken van de TSZ. Over 2014 zijn nog onvoldoende gegevens beschikbaar om een prognose te kunnen maken.

Vraag 270:
Kunt u toelichten wat bedoeld wordt met extra inspanning om de bureaucratie in de zorg terug te dringen? Welke concrete maatregelen zullen worden genomen om de regeldruk te verminderen?

Antwoord 270:
Zie het antwoord op vraag 73.

Vraag 271:
Op welke wijze wordt in het kader van de extra inspanning om de bureaucratie in de zorg terug te dringen gekeken of het mogelijk is om te komen tot een verdere uniformering van de datasets van zorgverzekeraars om de veelheid aan verschillende vragenlijsten terug te dringen? Is het mogelijk om toetsbare resultaten aan te geven voor het terugdringen van de bureaucratie (graag in een meerjarenperspectief)?

Antwoord 271:
Zoals ik in de Kamerbrief «Merkbaar minder regeldruk» heb aangegeven is standaardisering van groot belang. De zorgverzekeraars zijn gevraagd om een ambitieus plan om hun formulieren zo te standaardiseren dat voor zorgverleners de administratieve last substantieel wordt verminderd. Verder heb ik met zorgverzekeraars afgesproken dat wanneer er tripartiete – dat wil zeggen door zorgaanbieders, patiënten en verzekeraars – afspraken zijn gemaakt over indicatoren, zij daarnaast niet parallel extra gegevens uitvragen. De druk op de partijen om dit te realiseren is hoog. In de medisch-specialistische zorg is dit gekoppeld aan de ambities van het Jaar van de transparantie waar voor 30 aandoeningen afspraken worden gemaakt. Ik ben met de partijen in gesprek over de aanpak in de komende jaren. Zie verder ook het antwoord op vraag 73.

Vraag 272:
Hoeveel kosten de HKZ en andere keurmerken in de zorg? Hoeveel van deze keurmerken per merk worden jaarlijks afgegeven?

Antwoord 272:
Zorginstellingen zijn op grond van de Kwaliteitswet verplicht een kwaliteitssysteem te hebben. Op welke manier een zorginstelling dat invult staat in beginsel vrij. Certificering is niet verplicht op grond van wet- en regelgeving, maar is een aangelegenheid van de partijen in het veld zelf; door het veld en vóór het veld. Een zorgaanbieder kan, naast het eigen kwaliteitssysteem, kiezen voor het aanvragen van het keurmerk. Op de websites van de diverse keurmerken staan de kosten voor het verkrijgen van het specifieke keurmerk aangegeven. Centraal worden geen gegevens over de kosten bijgehouden of hoeveel keurmerken per merk jaarlijks worden afgegeven, zoals in de vraag gesteld.

Vraag 273:
Welke besparing is mogelijk als keurmerken in de zorg afgeschaft worden?

Antwoord 273:
Certificering is niet verplicht op grond van wet- en regelgeving, maar is een aangelegenheid van de partijen in het veld zelf. Er wordt niet op een centrale plaats bijgehouden hoeveel keurmerken worden afgegeven en welke kosten verbonden zijn aan de verschillende keurmerken. Derhalve is het gevraagde bedrag aan besparing niet bekend.

Vraag 274:
Welke keurmerken worden er vereist bij zorginkoop, uitgesplitst naar zorgkantoorregio?

Antwoord 274:
Er bestaan geen keurmerken als zodanig die gebruikt worden bij de zorginkoop. Zorgkantoren gaan wel op een andere manier zorg inkopen. De zorgkantoren hebben gekozen voor het opstellen van een uniform inkoopkader per sector: voor Verpleging & Verzorging, voor Gehandicaptenzorg en voor Geestelijke gezondheidszorg. Binnen elk van die sectoren geldt een programma van eisen, aanvullend op de geldende wet- en regelgeving. Het betreft zowel voorwaarden in aanvulling op de NZa-beleidsregels als voorwaarden ten aanzien van het zorgplan, het kwaliteitssysteem van de zorgaanbieder, het betrekken van de cliëntenraad, de informatievoorziening aan cliënten en het leveren van zorg thuis.

Vraag 275:
Wat kost de minutenregistratie jaarlijks?

Antwoord 275:
Van rijkswege bestaat er geen verplichting voor zorgaanbieders om een minutenregistratie te voeren. Elke zorgaanbieder bepaalt zelf of en zo ja, op welke manier aan tijdregistratie wordt gedaan; dat is een eigen keuze. In de praktijk worden uiteenlopende varianten toegepast. Sommige instellingen hanteren geen minutenregistratie en werken op basis van het principe: «planning (zorgplan) is realisatie».

Ik heb geen zicht op de wijze waarop elke zorgaanbieder zijn administratie heeft ingericht en wat deze kost.

Vraag 276:
Wat kost jaarlijks de bureaucratie in Nederland?

Antwoord 276:
Dit is niet bekend. Er bestaat geen meting van de omvang van de bureaucratie in Nederland. Er wordt door het kabinet wel ingezet op het merkbaar verminderen van de regeldruk in de zorg. Dit betekent: van regeldruk naar passende regels. Zo weinig als kan; zoveel als moet. Zie het antwoord op vraag 73 voor deze aanpak.

Vraag 277:
Hoe groot is de overhead en de kosten hiervan, uitgesplitst per zorgsector?

Antwoord 277:
De overhead binnen de zorg, uitgesplitst voor ziekenhuizen, ggz, gehandicapten-, ouderen- en thuiszorg is door het CBS over de jaren 2008 tot en met 2011 gemeten als percentage van de kosten. Hieronder vindt u dit overzicht.

	Eenheid	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**
Kosten van de zorg					
Ziekenhuizen, specialistenpraktijken	*x € 1 miljard*	20,3	21,6	22,7	22,7
Ouderenzorg	*x € 1 miljard*	14,8	15,2	15,7	16,4
Gehandicaptenzorg	*x € 1 miljard*	7,1	7,8	8,1	8,3
Geestelijke gezondheidszorg	*x € 1 miljard*	4,9	5,3	5,4	5,7
Aandeel overhead in instellingen					
Totaal ziekenhuizen	*%*	20	20	20	20
Zvw/AWBZ-gefinancierde ouderen- en thuiszorg	*%*	10	9	9	8
Zvw/AWBZ-gefinancierde gehandicaptenzorg	*%*	9	9	9	9
Zvw/AWBZ-gefinancierde GGZ	*%*	17	17	17	17

CBS, Centraal Bureau voor de Statistiek (2011, 2012, 2013 en 2014), *Gezondheid en zorg in cijfers 2011, 2012, 2013 en 2014*, Den Haag: CBS

Vraag 278:
Wat zijn de ontwikkelingen als het gaat om het traject regelarme zorg? Wat zijn tot nu de opbrengsten van dit traject?

Antwoord 278:
Het Experiment Regelarme Instellingen (ERAI) programma heeft laten zien dat het mogelijk is om administratieve lasten terug te dringen. Vaak lukte dit binnen instellingen zelf, door het slim kijken naar de eigen werkprocessen. Soms was hier hulp vanuit VWS voor nodig door tijdelijk regelruimte te creëren. Het programma loopt definitief af op 31 december 2015. Begin 2016 komt de evaluatie van het programma beschikbaar. Hierin wordt ingegaan op de goede voorbeelden en de mogelijkheden voor het breed toepassen hiervan. Vooruitlopend op de uitkomsten is het streven om voortzetting van de goede ervaringen uit de verschillende trajecten mogelijk te maken. In sommige gevallen kan worden aangesloten bij bestaand beleid. In andere gevallen moeten alternatieven worden verkend. De regelruimte die in het kader van het programma

Waardigheid en Trots wordt geboden alsmede de decentralisaties bieden hiertoe goede mogelijkheden. Zoals toegezegd stuur ik uw Kamer in het voorjaar van 2016 deze eindevaluatie.

Vraag 279:
Hoe vaak heeft de Nza gebruik gemaakt van het instrument aanmerkelijke marktmacht en wat verwacht u van het gebruik nu dit instrument wordt overgeheveld naar de ACM?

Antwoord 279:
De NZa heeft op grond van het instrument aanmerkelijke marktmacht twee keer verplichtingen opgelegd. De ACM krijgt na de overheveling meer mogelijkheden en flexibiliteit ten aanzien van te hanteren methoden om aanmerkelijke marktmacht vast te stellen. Er bestaan methoden om aanmerkelijke marktmacht vast te stellen zonder dat de markt per definitie hoeft te worden afgebakend. Deze zijn specifiek voor de zorg ontwikkeld. Het gaat dan bijvoorbeeld om de methoden *Logit Competition Index (LOCI) en Willingness to Pay (WTP)*. Wanneer de ACM ook gebruik kan maken van deze of andere vergelijkbare methoden om aanmerkelijke marktmacht vast te stellen, kan dit leiden tot een effectievere inzet van dit instrument.

Er kan echter op voorhand geen definitieve uitspraak worden gedaan over het optreden van de ACM ten aanzien van het instrument van aanmerkelijke marktmacht of de overige instrumenten waarover de ACM beschikt. Dit vloeit voort uit de onafhankelijke positie die de ACM inneemt als toezichthouder. Het is aan de ACM om zelfstandig te besluiten hoe, wanneer en waar zij optreedt. In het geval zij besluit tot optreden over te gaan, zal de ACM een afweging maken welke instrumenten passend zijn om de geconstateerde problemen op te lossen.
Wel wordt momenteel gekeken naar de ruimte die de EU-regelgeving nog biedt om wet- en regelgeving ter zake aan te scherpen.

Vraag 280:
Hoeveel huishoudelijk verzorgenden zijn de afgelopen jaren teruggezet van FWG 15 naar FWG 10?

Antwoord 280:
Daar heeft het ministerie geen gegevens over. In het kader van het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn wordt vooral gekeken naar de functies en kwalificaties van zorgmedewerkers, echter niet naar de inschaling. Zie ook mijn antwoord op vraag 293.

Vraag 281:
Hoeveel en welke interim-managers zijn in 2015 werkzaam (geweest) uitgesplitst in alle zorgsectoren?

Antwoord 281:
De gevraagde gegevens over de inzet van interim-managers in de zorg worden niet geregistreerd.

Vraag 282:
Hoeveel topbestuurders kent Nederland, per sector GGZ, VVT, GHZ, ZKH en wie zijn dit?

Antwoord 282:
Jaarlijks stuurt de Minister van BZK een overzicht van alle topinkomens in de publieke en semipublieke sector in Nederland naar de Tweede Kamer op grond van artikel 7.1 van de WNT (Wet Normering Topinkomens). Volgens de rapportage over het verslagjaar 2013 (TK 30 111 nr. 74) waren

er in 2013 in totaal 1.451 bestuurders van Wtzi-instellingen (Wet Toelating Zorginstellingen) met een gemiddelde bezoldiging van € 133.458. Hierbij is geen verder onderscheid naar deelsectoren gemaakt. Eind dit jaar stuurt de Minister van BZK u de WNT-jaarrapportage over verslagjaar 2014.

Vraag 283:
Wat is de salariëring van alle topbestuurders per persoon en sector GGZ, VVT, GHZ, ZKH?

Antwoord 283:
Zie het antwoord op vraag 282.

Vraag 284:
Aan welke politieke partijen zijn de topbestuurders gelieerd, per naam en sector GGZ, VVT, GHZ, ZKH?

Antwoord 284:
Dergelijke gegevens worden niet geregistreerd. Het vragen naar partijlidmaatschap of aanhang van een bepaalde ideologie en het registreren van deze gegevens betekent een schending van het recht op privacy van de bestuurder. Deze gegevens mogen alleen verwerkt worden door bij wet bepaalde instanties of met uitdrukkelijke toestemming van de betrokkene. Dat is hier niet aan de orde.

Vraag 285:
Aan welke patiëntenorganisaties zijn de topbestuurders gelieerd, per naam en sector GGZ, VVT, GHZ, ZKH?

Antwoord 285:
De gevraagde gegevens over de relaties tussen bestuurders en patiëntenorganisaties worden niet geregistreerd.

Vraag 286:
Hoeveel hbo-verpleegkundigen zijn er in 2015 werkzaam in de zorg, uitgesplitst per sector?

Antwoord 286:
De meest recente cijfers over werkzame hbo-verpleegkundigen zijn afkomstig uit 2014, uitgevoerd in het onderzoeksprogramma zorg en welzijn.

	UMC's	Algemene en categorale ziekenhuizen	GGZ	Verpleging & Verzorging	Thuiszorg	Gehandicaptenzorg	Overige zorg	Totaal
Hbo Verpleegkundigen	7.300	21.600	8.250	6.950	9.050	2.900	3.900	59.950

Vraag 287:
Hoeveel mbo-verpleegkundigen zijn er in 2015 werkzaam in de zorg, uitgesplitst per sector?

Antwoord 287:
Het aantal mbo-verpleegkundigen per sector staat weergegeven in onderstaande tabel. Deze aantallen zijn gebaseerd op het Onderzoeksprogramma Zorg en Welzijn 2014.

	UMC's	Algemene en categorale ziekenhuizen	GGZ	Verpleging & Verzorging	Thuiszorg	Gehandicaptenzorg	Overige zorg	Totaal
Mbo verpleegkundigen	10.250	65.950	14.350	23.450	11.300	22.300	8.850	156.450

Vraag 288:
Hoeveel wijkverpleegkundigen zijn er in 2015 werkzaam in de thuiszorg?

Antwoord 288:
Het onderzoek naar de raming van wijkverpleegkundigen is onlangs afgerond door KIWA. Daaruit blijkt dat het aantal werkzame wijkverpleegkundigen in Nederland 8.800 bedraagt.

Vraag 289:
Hoeveel verzorgenden IG zijn er in 2015 werkzaam in de zorg, uitgesplitst per sector?

Antwoord 289:
Verzorgenden IG hebben een deelkwalificatie Individuele Gezondheidszorg. Er zijn geen specifieke aantallen bekend over het aantal verzorgenden IG. Het totaal aantal werkzame verzorgenden is ongeveer 167.250.

Vraag 290:
Hoeveel verzorgenden zijn er in 2015 werkzaam in de zorg, uitgesplitst per sector?

Antwoord 290:
Het aantal verzorgenden in 2014 wordt geschat op ongeveer 167.250.De verdeling van het aantal verzorgenden over de verschillende sectoren is volgens het onderzoeksprogramma Zorg en Welzijn (2014):

	UMC's	Algemene en categorale ziekenhuizen	GGZ	Verpleging & Verzorging	Thuiszorg	Gehandicaptenzorg	Overige zorg	Totaal
Verzorgenden	950	7.750	3.100	95.000	44.250	11.350	4.800	167.250

Vraag 291:
Hoeveel helpenden zijn er in 2015 werkzaam in de zorg, uitgesplitst per sector?

Antwoord 291:
Helpenden zijn met name werkzaam in de verpleging, verzorging en de thuiszorg. Het onderzoeksprogramma Zorg en Welzijn (2014) geeft de volgende aantallen per sector in 2014: In de algemene en categorale ziekenhuizen werken ongeveer 700 helpenden, in de ggz ongeveer 130, in de gehandicaptenzorg ongeveer 1,6 duizend, in de verpleging en verzorging ongeveer 18,5 duizend en in de thuiszorg ongeveer 5,9 duizend.

Vraag 292:
Hoeveel alfahulpen waren/zijn werkzaam in de jaren 2007 t/m 2015?

Antwoord 292:
Het aantal alfahulpen in 2013 is geschat op 45 duizend. Recentere cijfers hierover zijn er niet. Dit is een grove schatting waarin ook PGB gecontrac-

teerden meegenomen zijn. Het gaat dus over een bredere groep dan alfahulpen, zoals bijvoorbeeld ook ZZP-ers en familieleden. De ontwikkeling over de jaren heen is om dezelfde reden niet goed in te schatten.

Vraag 293:
Hoeveel huishoudelijk verzorgenden waren/zijn werkzaam in de jaren 2007 t/m 2015?

Antwoord 293:
Het aantal huishoudelijk verzorgenden – zoals blijkt uit het Onderzoeksprogramma Zorg en Welzijn in – is 77,3 duizend in 2013 inclusief alfahulpen. Eerdere en recentere cijfers zijn niet beschikbaar.

Vraag 294:
Hoeveel medisch specialisten, uitgesplitst per beroep zijn er in 2015 werkzaam in de zorg?

Antwoord 294:
In onderstaande tabel is het aantal werkzame medisch specialisten per 1 januari 2015 weergegeven.[27]

Medisch specialisten	
Anesthesiologie	1.550
Cardiologie	985
Cardio-thoracale chirurgie	125
Dermatologie, venerologie	490
Heelkunde	1.230
Interne geneeskunde	1.950
Keel-neus-oorheelkunde	475
Kindergeneeskunde	1.380
Klinische genetica	145
Klinische geriatrie	230
Longziekten en tuberculose	590
Maag-darm-leverziekten	450
Medische microbiologie	260
Neurochirurgie	135
Neurologie	870
Nucleaire geneeskunde	170
Obstetrie en gynaecologie	960
Oogheelkunde	605
Orthopedie	740
Pathologie	390
Plastische chirurgie	295
Psychiatrie	3.145
Radiologie	1.025
Radiotherapie	270
Reumatologie	265
Revalidatiegeneeskunde	520
Sportgeneeskunde	120
Urologie	400

Vraag 295:
Hoeveel verloskundigen, kraamverzorgenden en gynaecologen zijn er werkzaam in 2015?

Antwoord 295:
Het aantal werkzame gynaecologen per 1 januari 2015 is 960 (zie de tabel in het antwoord op vraag 294). Gegevens over het aantal werkzame verloskundigen zijn het meest recent van 1 januari 2014 (website NIVEL),

[27] Het aantal werkzame specialisten wordt door het Capaciteitsorgaan afgeleid uit het aantal geregistreerde specialisten volgens een in het Capaciteitsplan (TK 29 282, nr. 196, pagina 40) omschreven methode.

toen waren 2.980 verloskundigen werkzaam. Naar schatting waren in 2012 ruim 9.000 kraamverzorgenden actief (website Actiz).

Vraag 296:
Hoeveel huisartsen zijn er in totaal?

Antwoord 296:
Uit de gegevens van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten blijkt dat het aantal geregistreerde huisartsen op 1 januari 2015 in totaal 12.464 bedroeg.

Het aantal werkzame huisartsen op peildatum 1 januari 2013 was 8.865. Daarnaast waren er naar schatting 2.210 waarnemers.[28]

Vraag 297:
Hoeveel verpleeghuisartsen werken er in 2015 in Nederland?

Antwoord 297:
Per 1 januari 2015 waren 1.535 specialisten ouderengeneeskunde (voorheen verpleeghuisartsen) in Nederland werkzaam.[29]

Vraag 298:
Hoeveel nurse practitioners en nurse physicians werken er in Nederland?

Antwoord 298:
Inmiddels zijn er rond de 1.800 verpleegkundig specialisten/ nurse practitioners afgestudeerd. De term nurse physician is ons niet bekend, wanneer u doelt op physician assistant dan zijn er inmiddels 580 opgeleid. Zij zijn inmiddels bijna allemaal werkzaam.

Vraag 299:
Hoeveel anesthesisten werken er in 2015 in Nederland?

Antwoord 299:
Per 1 januari 2015 waren 1.550 anesthesisten in Nederland werkzaam.[30]

Vraag 300:
Hoeveel ZZP'ers werken jaarlijks in de zorg per sector?

Antwoord 300:
In het kader van het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn is op basis van de Enquête Beroepsbevolking van het CBS bepaald hoeveel zelfstandigen werkzaam zijn in de verschillende zorgsectoren. De gehanteerde definitie van zelfstandige is daarbij ruimer dan van een zzp'er[31].

In onderstaande tabel staan de resultaten van deze analyse, welke betrekking heeft op 2013.

[28] www.zorgcijfers.nl
[29] Het aantal werkzame specialisten wordt door het Capaciteitsorgaan afgeleid uit het aantal geregistreerde specialisten volgens een in het Capaciteitsplan (TK 29 282, nr. 196, blz. 40) omschreven methode.
[30] Het aantal werkzame specialisten wordt door het Capaciteitsorgaan afgeleid uit het aantal geregistreerde specialisten volgens een in het Capaciteitsplan (TK 29 282, nr. 196, blz. 40) omschreven methode.
[31] CBS gaat uit van zelfstandigen werkzaam in eigen bedrijf, meewerkende gezinsleden van een zelfstandige en overige zelfstandigen.

Zorgsector	Aantal zelfstandigen
Academische ziekenhuizen	2.300
Algemene en categorale ziekenhuizen[1]	7.700
Geestelijke gezondheidszorg	18.400
Gehandicaptenzorg	7.900
Verpleeg- en verzorgingshuizen	10.000
Thuiszorg	17.800
Overige Zorg[2]	78.700
Totaal	**142.800**

[1] De vrijgevestigde medisch specialisten zijn bij de overige zorg ondergebracht.
[2] Tot de overige zorg worden naast de vrijgevestigde medische specialisten, ook de huisartsen, de fysiotherapeuten, en dergelijke gerekend.

Vraag 301:
Wat kosten de ZZP'ers in de zorg jaarlijks?

Antwoord 301:
Daar heeft het ministerie geen gegevens over. Uitgaven worden bijgehouden op basis van geleverde zorg(producten). Zie daarnaast het antwoord op vraag 300 over aantallen zelfstandigen werkzaam in de zorg.

Vraag 302:
Hoeveel bemiddelingsbureaus zijn er in Nederland die zzp'ers inzetten voor de zorg?

Antwoord 302:
Daar heeft het ministerie geen gegevens over. In het onlangs aan de Tweede Kamer toegezegde onderzoek naar de gehanteerde tarieven van bemiddelingsbureaus zal dit aspect meegenomen worden.

Vraag 303:
Hoeveel tandartsen zijn er in Nederland werkzaam, zowel Nederlandse als buitenlandse tandartsen? Hoeveel zijn er in 2015 nieuw opgeleid, hoeveel zijn er vanuit het buitenland ingestroomd in de Nederlandse arbeidsmarkt?

Antwoord 303:
Per 1 januari 2013 waren 8.854 tandartsen in Nederland werkzaam. Dit cijfer is ontleend aan het Capaciteitsplan 2013. Dit plan is op 12 juni 2014 naar de Tweede Kamer is gestuurd (TK 29 282, nr. 196). In 2014 (het meest recente cijfer) zijn 389 nieuwe tandartsen ingeschreven in het BIG register waarvan 167 met een buitenlands diploma. Dit aantal is een kwart lager dan in 2013.

Vraag 304:
Hoeveel opleidingsplaatsen zijn er in 2015 bijgekomen, uitgesplitst naar artsen, medisch specialisten, verpleegkundig specialisten en physician assistents?

Antwoord 304:
De aantallen beschikbaar gestelde opleidingsplaatsen voor 2015 zijn in onderstaande tabel weergegeven:

Opleiding	Aantal plaatsen
Basisopleiding geneeskunde[1]	3.050
Huisarts	750
Medisch specialist	1.206

Opleiding	Aantal plaatsen
Arts spoedeisende hulp (SEH-arts)	45
Specialist ouderengeneeskunde	128
Arts verstandelijk gehandicapten	24
Sociaal geneeskundigen	202
Verpleegkundig specialisten, physician assistants[1]	700, de verdeling van deze extra plaatsen over de beide categorieën hbo-zorgmasters wordt in samenspraak met de hogescholen en zorginstellingen bepaald

[1] Deze aantallen betreffen het studiejaar 2015/2016.

Vraag 305:
Hoe hoog is het ziekteverzuim onder zorgverleners, uitgesplitst per zorgsector?

Antwoord 305:
Het ziekteverzuimpercentage in ziekenhuizen in 2014 was 4,15%, in de ggz was dit 4,83%. In de verpleging, verzorging en thuiszorg was het verzuimpercentage 5,64% en in de gehandicaptenzorg 5,02%. In de jeugdzorg was het 5,3%.

Vraag 306:
Wat is de gemiddelde uittredeleeftijd van zorgverleners, uitgesplitst per zorgsector?

Antwoord 306:
Er zijn geen cijfers bekend over de gemiddelde uittredeleeftijd van zorgverleners. Hierop wordt geen administratie bijgehouden.

Vraag 307:
In welke regio's is er een tekort aan zorgpersoneel, en aan welk zorgpersoneel?

Antwoord 307:
Er bestaan verschillen tussen regio's wanneer het gaat om de tekorten aan personeel. Deze regionale verschillen worden op dit moment meegenomen in het onderzoeksprogramma Zorg en Welzijn. Uitkomsten hiervan zijn op dit moment nog niet bekend, maar hierover wordt de Kamer eind 2015 geïnformeerd.

Vraag 308:
Hoeveel mensen zijn geregistreerd in de wet BIG en hoeveel mensen zijn dit per beroepsgroep?

Antwoord 308:
Per 30 september 2015 waren er in totaal 353.128 beroepsbeoefenaren geregistreerd in het BIG-register. In onderstaande tabel is dit uitgesplitst per beroepsgroep.

Beroepsgroep	Aantallen
Apothekers	6.988
Artsen	82.268
Fysiotherapeuten	34.296
GZ-psychologen	16.771
Psychotherapeuten	6.936
Tandartsen	14.274
Verloskundigen	3.963

Beroepsgroep	Aantallen
Verpleegkundigen	187.632
Totaal	**353.128**

Bron: https://www.bigregister.nl/overbigregister/cijfers/

Vraag 309:
Uit welke landen wordt buitenlands personeel aangetrokken om te werken in de zorg in Nederland?

Antwoord 309:
Van over de hele wereld kunnen mensen in Nederland komen werken in de zorg. Het meeste buitenlandse zorgpersoneel komt uit de Europese Economische Ruimte (EER) landen.

Vraag 310:
Waarom wordt er met buitenlands personeel gewerkt in de Nederlandse zorg?

Antwoord 310:
Er kunnen verschillende redenen zijn om met buitenlands personeel te werken, bijvoorbeeld omdat buitenlandse zorgverleners in Nederland zijn komen wonen, maar soms ook om tekorten in zorgpersoneel op te vangen. Deze redenen worden echter niet geadministreerd. Buitenlands personeel van binnen de EER stroomt gemakkelijker in omdat er vrij verkeer van personen en van diensten bestaat. Zorgverleners uit EER-landen van in Nederland niet gereglementeerde beroepen kunnen zonder belemmeringen in de Nederlandse zorg aan de slag. Zorgverleners uit EER-landen van in Nederland gereglementeerde beroepen, zoals artsen en verpleegkundigen, moeten voldoen aan de eisen zoals gesteld in de Wet BIG. Die eisen hebben betrekking op de opleiding, de werkervaring en de beheersing van de Nederlandse taal.

Vraag 311:
Welke besparing op personeelskosten moet buitenlands personeel opleveren in verhouding tot Nederlands personeel?

Antwoord 311:
Buitenlands personeel wordt op gelijke wijze behandeld en betaald als Nederlandse zorgverleners. Dit levert dus geen besparing op.

Vraag 312:
Welke maatregelen treft de regering om de agressie tegen hulpverleners in de zorg aan te pakken?

Antwoord 312:
Agressie tegen hulpverleners moet worden teruggedrongen. Om die reden hebben we het Actieplan «Veilig werken in de zorg» opgesteld met sociale partners in de zorg, de Minister van Veiligheid en Justitie (VenJ) en de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK). Op basis van dit actieplan wordt jaarlijks ruim € 3 miljoen besteed aan een brede aanpak van agressie en geweld in de sector zorg en welzijn. Zo is het bijvoorbeeld mogelijk gemaakt dat hulpverleners anoniem aangifte kunnen doen. Ook wordt het doen van aangifte door de werkgever gestimuleerd.

Door middel van de ondersteuningsregeling worden hulpverleners getraind om agressie en geweld terug te dringen en meer de-escalerend

te werken. Jaarlijks helpen we met de ondersteuningsregeling zo ongeveer tweehonderd instellingen. Ook worden regelmatig vanuit het actieplan intersectorale regionale bijeenkomsten georganiseerd. Tijdens deze sessies wisselen medewerkers ervaringen en good practices uit. Er worden ook bijeenkomsten georganiseerd om de samenwerking tussen de politie en zorgorganisaties te verbeteren.

Vraag 313:
Hoe wordt gecontroleerd of zorgverleners die werkzaam zijn in de zorg daadwerkelijk geregistreerd staan in het BIG-register?

Antwoord 313:
Een beroepsbeoefenaar mag een beschermde beroepstitel alleen voeren als hij geregistreerd is in het BIG-register. Ook is een beroepsbeoefenaar alleen bevoegd voor het zelfstandig verrichten van voorbehouden handelingen als hij geregistreerd is. Bij inschrijving in het BIG-register wordt gecontroleerd of de beroepsbeoefenaar over het juiste diploma beschikt. Het BIG-register is openbaar om zo de transparantie voor patiënten, zorgverzekeraars, werkgevers en andere zorgverleners te waarborgen. Elke vijf jaar moeten beroepsbeoefenaren vervolgens aantonen dat ze aan de gestelde herregistratie-eisen voldoen. Een patiënt kan zelf in het BIG-register inzien of een beroepsbeoefenaar in het BIG-register is geregistreerd. Daarnaast is het de verantwoordelijkheid van werkgevers om te controleren of bij hen werkzame beroepsbeoefenaren, die een wettelijk gereguleerd beroep uitoefenen, geregistreerd zijn. De Inspectie voor de Gezondheidszorg ziet hier op toe. Tevens kunnen verzekeraars dit controleren bij het aangaan van een contract en patiënten bij het aangaan van een behandeling.

Vraag 314:
Hoe groot zijn de wachtlijsten voor de hbo-verpleegkundige opleiding?

Antwoord 314:
Veertien van de zeventien verpleegkundige opleidingen hebben voor het studiejaar 2015–2016 een numerus fixus ingesteld. De numerus fixus is ingesteld om de kwaliteit van de opleiding te waarborgen. Echter, alle geselecteerde eerstejaars studenten zijn op de verschillende HBO-V opleidingen geplaatst. Ook bij de drie verpleegkundige opleidingen zonder numerus fixus zijn alle aangemelde studenten geplaatst. Er is dus geen sprake van een wachtlijst.

Vraag 315:
Hoeveel opleidingsplekken zijn er in Nederland voor zorgopleidingen en voor welke niveaus?

Antwoord 315:
In onderstaande tabel vindt u een door de MBO-Raad, op basis van DUO-gegevens, samengesteld overzicht van het aantal MBO leerlingen in 2014 (peildatum 1-10-2014) in de opleidingen Zorg en Welzijn.

Niveau:	1	2	3	4	Totaal
Apothekersassistent				2.295	2.295
Dienstverlening		16.824			16.824
Doktersassistent				4.199	4.199
Entree	567				567
Facilitair Leidinggeven				1	1
Maatschappelijke Zorg			7.365	13.044	20.409
Mbo-Verpleegkundige				21.151	21.151
Niet gespecificeerd naar beroepsopleiding			24	44	68

Niveau:	1	2	3	4	Totaal
Pedagogisch werk			9.058	18.080	27.138
Praktijkopleider				50	50
Schoonheidsverzorging			2.984	2.244	5.228
Sociaal werk				5.264	5.264
Sport en bewegen			5.821	10.372	16.193
Tandartsassistent				2.556	2.556
Verzorgende IG			24.824		24.824
Voetzorg			47	33	80
Totaal	**567**	**16.824**	**50.123**	**79.333**	**146.847**

In onderstaande tabel vindt u een overzicht van het aantal HBO-leerlingen in 2014, samengesteld op basis van gegevens van de Vereniging Hogescholen, opgesplitst naar opleiding en niveau.

Opleiding en niveau (ad = associate degree; b = bachelor; m = master)	**Aantal**
ad management in de zorg	250
ad praktijkondersteuner in de zorg	16
ad sport, gezondheid en management	46
b audiologie	–
b farmakunde	418
b huidtherapie	671
b kunstzinnige therapie	329
b management in de zorg	832
b medisch beeldvormende en radiotherapeutische technieken	1.665
b medische hulpverlening	461
b mondzorgkunde	1.181
b oefentherapie cesar	300
b opleiding podotherapie	417
b opleiding tot fysiotherapeut	8.243
b opleiding tot oefentherapeut-mensendieck	487
b opleiding tot verpleegkundige	16.372
b opleiding voor ergotherapie	2.235
b opleiding voor logopedie	2.305
b optometrie	581
b orthoptie	166
b psychomotorische therapie en bewegingsagogie	446
b sport, gezondheid en management	1.582
b toegepaste gerontologie	244
b verloskunde	860
b voeding en dietetiek	3.172
m advanced nursing practice	603
m health care and social work	68
m physician assistant	379
Totaal	**44.329**

Vraag 316:
Hoeveel zorgverleners zijn in 2015 ontslagen vanwege bezuinigingen, uitgesplitst per zorgsector en beroep? Wat zijn de cijfers van voorgaande jaren?

Antwoord 316:
Bij de brief van 3 september 2015 aan de Tweede Kamer is als bijlage de monitor sectorplannen meegestuurd (TK 33 891, nr, S). In deze monitor zijn gegevens over ontslagen medewerkers in de sector zorg en welzijn opgenomen.

Onbekend is of er sprake is van ontslag vanwege de bezuinigingen. Daarnaast zijn uitsplitsingen naar beroep niet mogelijk. Verder zijn geen ontslaggegevens naar zorgsector bekend over de periode voor 2014.

In de monitor wordt onderscheid gemaakt tussen ontslaggegevens en WW-gegevens, beide van het UWV. Bij de ontslaggegevens gaat het om ontslagen op bedrijfseconomische gronden, waarbij onderscheid gemaakt wordt tussen meldingen collectief ontslag, daadwerkelijke ontslagaanvragen en verleende ontslagvergunningen. In onderstaande tabel zijn deze gegevens gepresenteerd voor de langdurige zorg (ggz, gehandicaptenzorg en vvt). Daarbij is onderscheid gemaakt tussen het 1e half jaar 2014, 2e half jaar 2014 en 1e half jaar 2015.

	1e half jaar 2014	2e half jaar 2014	1e half jaar 2015
Meldingen collectief ontslag	4.446	6.019	4.412
Ontslagaanvragen	1.045	3.520	2.684
Verleende ontslagvergunningen	628	1.343	1.583

Bij de WW-gegevens wordt onderscheid gemaakt tussen WW-aanvragen, WW-toekenningen en de uitstroom uit de WW. In onderstaande tabel zijn wederom gegevens gepresenteerd voor de langdurige zorg, uitgesplitst naar dezelfde tijdsperiodes.

	1e half jaar 2014	2e half jaar 2014	1e half jaar 2015
WW-aanvragen	20.389	21.134	24.471
WW-toekenningen	18.222	16.265	22.109
Uitstroom uit de WW	14.059	13.405	16.479

Bij zowel de WW-aanvragen als de WW-toekenningen uit de WW gaat het niet om unieke personen. De ervaring leert dat dezelfde persoon meerdere keren in een bepaalde periode een WW-uitkering aanvraagt en toegekend krijgt. Het aantal personen dat in de gehele periode van 18 maanden in de WW terecht is gekomen, is dus lager dan 56.000.

Het verschil tussen de ruim 3.500 door het UWV toegekende ontslagvergunningen en de 56.000 door het UWV toegekende WW-aanvragen in de gehele periode van 18 maanden kan worden verklaard door onder andere het van rechtswege aflopen van tijdelijke contracten, het gebruik van vaststellingsovereenkomsten in geval van ontslag met wederzijds goedvinden en faillissementen. In deze gevallen is geen ontslagvergunning van het UWV noodzakelijk, terwijl er wel recht kan zijn op een WW-uitkering.

Vraag 317:
Waarom zijn er minder opleidingsplaatsen voor physician assistants ingevuld in 2015 dan van te voren verwacht?

Antwoord 317:
Zie het antwoord op vraag 326.

Vraag 318:
Waarom stopt de bijdrage aan het CIBG voor het landelijk meldpunt zorg in 2016 en waar gaat de overige 92.000 euro heen van de bijdragen?

Antwoord 318:
De middelen voor het Landelijk Meldpunt vanaf 2016 zijn geraamd bij de IGZ op artikel 10 van de begroting.

De uitvoering van de subsidieregeling patiënten en gehandicaptenorganisaties is vanaf medio 2013 overgegaan van het CIBG naar het kerndepartement. De overige € 92.000 betreft een bijdrage aan het CIBG voor de laatste termijn frictiekosten.

Vraag 319:
Wat is de oorzaak van de aanzienlijke verlaging van het budget van het CAK (2015: 99.459.000 en 2016: 69.870.000)? Welke gevolgen heeft dit voor de organisatie en de uitvoering van de taken van het CAK?

Antwoord 319:
In verband met de afschaffing van de Wtcg, CER en eigen bijdrage zorg zonder verblijf is het financieel kader structureel verlaagd. Verder zijn nog niet alle veranderingen in het takenpakket van het CAK meegenomen in het beheerskostenbudget. Dit heeft te maken met de onzekerheid van de termijn waarop de burgerregelingen worden overgeheveld van Zorginstituut Nederland naar het CAK. De uitvoeringskosten van de burgerregelingen zijn vooralsnog opgenomen in het financieel kader van Zorginstituut Nederland.

Vraag 320:
Wat is de oorzaak van de aanzienlijke verlaging van het budget van het Zorginstituut Nederland (2015: 68.479.000 en 2016: 48.503.000)? Welke gevolgen heeft dit voor de organisatie en de uitvoering van de taken van het Zorginstituut Nederland?

Antwoord 320:
Er is geen sprake van een aanzienlijke verlaging van het budget van het Zorginstituut Nederland (hierna het Zorginstituut). De hoogte van het reguliere beheerskostenbudget bedraagt € 48,5 miljoen per jaar.
Aanvullend op dit reguliere budget worden jaarlijks door VWS voor de taken (waaronder wanbetalers, onverzekerden, onverzekerbare vreemdelingen en het project systematische doorlichting pakket) gelden aan het Zorginstituut beschikbaar gesteld. De reden van deze wijze van financiering is dat de genoemde taken nog in ontwikkeling zijn en de uitvoeringskosten fluctueren. Deze aanvullende middelen kunt u terugvinden op artikel 2.3 van de VWS-begroting.
Opgemerkt dient te worden, dat een groot deel van dit aanvullende budget zal worden overgeheveld naar het CAK in verband met de in 2016 voorziene overheveling van de burgerregelingen van het Zorginstituut naar het CAK.

Vraag 321:
Waarom is vanaf 2017 geen subsidie meer beschikbaar voor het voorkomen oneigenlijk gebruik en aanpak fraude?

Antwoord 321:
Deze subsidies worden verstrekt door de programmadirectie Fraudebestrijding in de zorg. Deze directie is in beginsel ingesteld tot medio 2017. In de aanloop daar naar toe zal worden bezien waar en op welke wijze binnen VWS de zorgbrede aandacht voor het voorkomen van onrechtmatigheden in de zorg wordt belegd en hoeveel middelen daarvoor dan benodigd zijn.

Vraag 322:
Waaruit bestaat de post opdrachten, die niet gespecifieerd is?

Antwoord 322:
Door middel van opdrachten kunnen ontwikkelingen worden gestimuleerd op het terrein van rechtmatige zorg. Zo wordt kennisontwikkeling

gestimuleerd en initiatieven op het terrein van rechtmatige zorg aangejaagd en versterkt. Dit is beschreven in het programmaplan «Rechtmatige zorg: aanpak fouten en fraude 2015–2018» dat op 27 maart 2015 naar de Tweede Kamer is verzonden (TK 28 828, nr. 89). Er wordt onder meer bezien op welke wijze (blijvend) invulling kan worden gegeven aan de casuïstiek en kennisuitwisseling in multidisciplinair verband wanneer de pilot Expertisecentrum zorgfraudebestrijding op 31 december 2015 eindigt. Ook zijn middelen gereserveerd voor een verdere versterking van het toezicht en de (strafrechtelijke) handhaving in de zorg. In overleg met de betrokken toezichthouders, opsporingdiensten en het OM wordt bepaald waar de accenten worden gelegd en hoe de middelen worden verdeeld.

Vraag 323:
Er worden subsidies verstrekt aan patiënten- en gehandicaptenorganisaties, zodat kennis en ervaringen van cliënten zelf optimaal gebruikt worden voor goede zorg en ondersteuning. Hoeveel financiële middelen gaan er in dit kader van de Rijksbegroting naar de belangenvereniging Per Saldo? Hoeveel financiële middelen gaan er in totaal vanuit het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport richting Per Saldo voor hun ondersteunende werk in de pgb-problematiek? In hoeverre is het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid hierbij betrokken?

Antwoord 323:
Jaarlijks wordt aan Per Saldo door VWS een instellingssubsidie verleend voor het geven van advies, informatie en ondersteuning aan budgethouders. Hiernaast is het mogelijk dat een projectsubsidie wordt gegeven, wanneer een organisatie als Per Saldo specifieke activiteiten ontplooit die VWS financieel wenst te ondersteunen omdat het goed past binnen geformuleerde beleidsdoelstellingen. Zo ontvangt Per Saldo over de periode 2014–2016 een projectsubsidie om een informatiepunt te verzorgen in het kader van het Wlz-overgangsrecht.

In 2014 ontving Per Saldo in totaal circa € 1 miljoen aan subsidiegelden, hiervan betrof circa € 0,9 miljoen de instellingssubsidie voor reguliere activiteiten. Zodoende is circa € 0,1 miljoen ontvangen in het kader van projecten. In 2015 is tot dusver een instellingssubsidie verleend van circa € 1 miljoen. Een (beperkte) herziening hiervan in het kader van de bijdrage die Per Saldo levert aan het oplossen van de problemen omtrent het trekkingsrecht heb ik thans in behandeling. Voorts ontvangt Per Saldo nog middelen in het kader van bovengenoemd informatiepunt, circa € 0,6 miljoen. Conform de geldende systematiek worden deze subsidies vastgesteld na afloop van de subsidiabele periode, nadat verantwoording is afgelegd over de uitgevoerde activiteiten en de besteding van de subsidiegelden. Het vaststellingstraject van de instellingssubsidie 2014 loopt thans nog.

Er bestaat op dit moment geen financiële relatie tussen Per Saldo en het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

Vraag 324:
In de toelichting over de subsidies die worden verstrekt voor de positie van de patiënt wordt vooral gesproken over patiëntervaringen en de uitwisseling hiervan, maar wordt deze subsidie ook gebruikt om de versteviging van de positie van de patiënt in de machtsdriehoek tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar te verstevigen, en zo ja, op welke manier?

Antwoord 324:

Deze subsidie vanuit het Beleidskader subsidiëring patiënten- en gehandicaptenorganisaties wordt zeker ook gebruikt om de positie van de patiënt in de machtsdriehoek tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar te verstevigen. Dit gebeurt door de vier onderstaande geldstromen:

- Binnen subsidiestroom 1 krijgen circa 200 patiënten- en gehandicaptenorganisaties jaarlijks per organisatie max. € 35.000 subsidie voor a) het delen van ervaringskennis van individuele cliënten, b) voor informatievoorziening en c) voor lotgenotencontact. Door het aanbieden en uitwisselen van ervaringskennis kunnen cliënten zelf betere keuzes maken, de regie over hun leven voeren, zelf verantwoordelijkheid nemen voor hun eigen gezondheid en maatschappelijk participeren.
- Binnen subsidiestroom 2 krijgen circa 200 patiënten- en gehandicaptenorganisaties per organisatie jaarlijks een voucher waarmee een organisatie een projectsubsidievraag kan ondersteunen. Projectsubsidie kan worden aangevraagd met tenminste zeven vouchers. Een voucher is geen waardebon of een zelfstandig recht op subsidieverstrekking. Een voucher correspondeert met een vastgestelde waarde van € 18.000. Met minimaal 7 organisaties vindt bundeling van krachten plaats en kan met een projectsubsidie van minimaal € 126.000 per jaar effectieve invloed uitgeoefend worden op professionals, aanbieders, verzekeraars en andere maatschappelijke organisaties.
- Binnen subsidiestroom 3 krijgen de drie koepelorganisaties (de NPCF, Ieder(in) en LPGGz) ieder een subsidie om een regierol te kunnen spelen. Door het scherp houden van overheden, politiek, verzekeraars, aanbieders en andere maatschappelijke organisaties vervullen de drie koepelorganisaties een belangrijke taak. Zij kunnen onderwerpen die grote groepen patiënten en gehandicapten raken, op de politieke agenda zetten en signalen en ervaringen van lidorganisaties bundelen en ook de uitkomsten van hun inbreng terugkoppelen. Daarnaast hebben de drie koepelorganisaties een regierol bij de inbreng van cliëntenervaringen bij onder meer richtlijnontwikkeling. Naast een eigen structurele subsidie, krijgen zij een extra subsidie voor een gezamenlijk werkplan. Het doel daarvan is een krachtige stem van de cliënt.
- Ten slotte heeft PGO support de opdracht om de patiënten- en gehandicaptenorganisaties te ondersteunen bij de professionaliseringsslag en het professionaliseren van de inbreng van het cliëntenperspectief bij onder meer professionele standaarden (richtlijnen en zorgstandaarden).

Naast de subsidies vanuit het Beleidskader subsidiëring patiënten- en gehandicaptenorganisaties, zijn er ook andere projectsubsidies om de positie van de patiënt in de machtsdriehoek tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar te verstevigen, bijvoorbeeld de subsidies in het kader van de jaar van de transparantie (onder andere keuzehulpen en uitbreiding van zorgkaartnederland.nl).

Vraag 325:
Het doel van het stagefonds is de kwaliteit en toegankelijkheid van zorgopleidingen te verbeteren. Wat dragen het stagefonds en de stageplaatsen bij aan dit doel? Hoe wordt de effectiviteit van deze subsidie getoetst? Met andere woorden: wanneer is het doel bereikt? Vloeien er ook private gelden in dit stagefonds en/of dragen zorgaanbieders zelf bij aan de bekostiging van de stagiair(e)s?

Antwoord 325:
Stages zijn een essentieel onderdeel van de zorgopleidingen. Zonder voldoende en kwalitatief goede stageplaatsen kunnen de opleidingen niet met goed gevolg voltooid worden, kunnen minder opleidingsplaatsen

vervuld worden en stromen uiteindelijk minder zorgverleners de arbeidsmarkt op.
De subsidieregeling stageplaatsen zorg (stagefonds) heeft als doel om zorginstellingen via een bijdrage in de stagebegeleidingskosten te stimuleren meer stageplaatsen aan te laten bieden en de begeleiding van stagiaires te verbeteren. Daarmee draagt het stagefonds via de beschikbaarheid van stageplaatsen bij aan de instroom van voldoende gekwalificeerd personeel.
De doeltreffendheid en doelmatigheid van de subsidieregeling wordt elke vijf jaar beoordeeld bij de evaluatie van de subsidieregeling. De eerstvolgende evaluatie zal in 2016 worden afgerond.
Het stagefonds wordt gefinancierd via de VWS-begroting. Het stagefonds beoogt niet de volledige financiering van stageplaatsen, maar de stimulering van de beschikbaarstelling daarvan. Het grootste deel van de kosten die de zorgaanbieders maken voor stageplaatsen, stagebegeleiding en stagevergoedingen dragen de zorgaanbieders zelf bij.

Vraag 326:
Hoeveel nieuwe opleidingsplaatsen voor nieuwe beroepsbeoefenaren (verpleegkundig specialisten en physician assistants) komen erbij in 2016? Waarom zijn er minder opleidingsplaatsen voor physisician assistants ingevuld in 2015 dan van te voren verwacht? Hoeveel physician assistants zijn er werkzaam, uitgesplitst in de eerste lijn, tweede lijn (UMC's en perifere ziekenhuizen separaat)?

Antwoord 326:
Het totaal aantal bekostigde opleidingsplaatsen voor 2016 van de physician assistant en de verpleegkundig specialist gezamenlijk is gelijk aan die van 2014 en 2015, te weten 700.

Het onvoldoende benutten van de beschikbare opleidingsplaatsen wordt met name veroorzaakt door een tekort aan stageplekken. Dit tekort kan worden verklaard door de terughoudendheid van ziekenhuizen vanwege de onduidelijkheid over de consequenties van de invoering van de integrale bekostiging met ingang van dit jaar. Verwacht wordt dat nu zich dit heeft uitgekristalliseerd het aantal stageplekken weer zal aantrekken.

De exacte aantallen van werkzame pa's is niet te geven. Inschrijving bij de beroepsvereniging is geen verplichting en evenmin is uit te sluiten dat mensen wel geregistreerd staan als pa, maar inmiddels niet meer werkzaam zijn. Het geschatte aantal werkende pa's is 580. 90% van deze physician assistants werkt in ziekenhuizen. De overige 10% in huisartsenpraktijken of ggz-instellingen. Een uitsplitsing naar UMC's en perifere ziekenhuizen is niet te geven.

Vraag 327:
U schrijft over innovatie en zorgberoepen die moeten meegroeien met de zorgomslag. Als voorbeeld noemt u de ziekenhuisarts en noodzaak tot onderzoek of deze positie aansluit bij de behoefte. Kunt u aangeven waarop het bedrag van 8,3 miljoen euro is gebaseerd om vervolgens de zorgopleidingen aan te passen mocht er meer vraag zijn naar de ziekenhuisarts?

Antwoord 327:
Bijna € 6 miljoen van de € 8,3 miljoen wordt besteed aan opleidingsplaatsen voor ziekenhuisartsen. De rest van het bedrag is gereserveerd voor andere projecten op het terrein van innovatie van beroepen en opleidingen.

Momenteel zijn 53 AIOS (waarvan er 8 bekostigd worden door het veld zelf) in opleiding tot ziekenhuisarts. Elk half jaar beginnen 4 door VWS gesubsidieerde AIOS in het kader van een pilot traject met de opleiding tot ziekenhuisarts (tot en met 2018). Dit is de maximale instroom voor de (huidige) opleiding. Wel hebben meer ziekenhuizen aangegeven interesse te hebben in het opleiden van ziekenhuisartsen. Zij willen deze extra opleidingsplekken voor ziekenhuisartsen zelf bekostigen.

Vraag 328:
Welke resultaten heeft Celsus inmiddels opgeleverd voor het beleid van de Minister van VWS op het gebied van de stijgende zorguitgaven?

Antwoord 328:
Het doel van de Celsus Academie is om kennis te genereren op het terrein van betere kwaliteit van de zorg voor minder geld. De focus ligt derhalve op de doelmatigheid van de zorg. Deze kennis moet bovendien aanknopingspunten bieden voor implementatie, rondom de vier centrale betaalbaarheidsthema's: 1) beleid, 2) kwaliteit, 3) cultuur en 4) innovatie. Het programma bestaat uit fundamenteel en toegepast onderzoek, naast onderwijs- en disseminatieactiviteiten.

Met het toegepaste onderzoek heb ik reeds een keur aan kennisvragen kunnen beantwoorden – in enkele gevallen ook aan uw Kamer (onder andere uitkomstbekostiging, verspilling, dure zorgvoorzieningen). Er is ook nuttig werk verricht voor de website Zorg-Op-De-Kaart, in het kader van Zorg-Keuzes-in-Kaart en er zijn benchmarkrapportages voor elke instelling binnen de langdurige zorg aangeleverd. Later dit jaar vindt een uitgebreid onderzoek plaats naar de mening van de medisch specialist over hoe de zorg betaalbaar te houden. Daarnaast wordt gewerkt aan toegankelijke kennis over betaalbare zorg voor verschillende doelgroepen, ondermeer voor ambtenaren en medisch specialisten.

Fundamentele verbeteringsvoorstellen verwacht ik vanuit de gekozen meerjarige kennisspeerpunten: vergelijking verschillend budgettair beleid, uitkomstbekostiging, «dure» patiënten, medicalisering en kostenbesparende procesinnovaties. Op de website www.celsusacademie.nl vindt u uitgebreide informatie over activiteiten, rapporten en artikelen van de Celsus Academie.

Vraag 329:
Hoe draagt de arbeidsmarktinformatie van azwinfo.nl bij aan de goed functionerende arbeidsmarkt? Deelt u de mening dat een overzicht van aanbod van vacatures en personeel hier meer aan bijdraagt? In hoeverre overlapt informatie op deze website met andere overheidsinformatie, zoals van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid of van het UWV?

Antwoord 329:
De website www.azwinfo.nl bevat allerlei relevante gegevens over het functioneren van de arbeidsmarkt in de sector zorg en welzijn. Deze informatie is bedoeld voor beleidsmakers op lokaal, regionaal en nationaal niveau, zodat zij hun arbeidsmarktbeleid kunnen baseren op betrouwbare cijfers over de werking van de arbeidsmarkt. Zowel het UWV als het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid maken gebruik van deze cijfers. Ook maakt het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn op zijn beurt gebruik van cijfers van UWV en het Ministerie van SZW. De gegevens zijn dan ook eerder aanvullend dan overlappend.

Voor een ieder toegankelijke gegevens over vacatures zijn eveneens zeer relevant voor het functioneren van de arbeidsmarkt in de sector zorg en

welzijn. Dergelijke gegevens worden verzameld door de regionale werkverbanden in zorg en welzijn en op voor een ieder toegankelijke websites geplaatst. Vanuit VWS wordt dit ondersteund vanuit het regionale arbeidsmarktbeleid.

Vraag 330:
Wanneer heeft het Kwaliteitsinstituut haar doorzettingsmacht gebruikt in belang van kwaliteit van zorg voor de patiënt?

Antwoord 330:
Al in 2013 heeft het Kwaliteitsinstituut bijzondere aandacht voor hartfalen en chronische nierschade gevraagd met als resultaat dat huisartsen en cardiologen een landelijke transmurale afspraak over hartfalen hebben opgesteld. De partijen zijn gestart met een multidisciplinaire kwaliteitsstandaard voor patiënten met nierschade.

Eind 2014 heeft het Kwaliteitsinstituut het onderwerp «spoedzorg» op de meerjarenagenda geplaatst. Aanleiding hiervoor was een verzoek van Zorgverzekeraars Nederland. Het Kwaliteitsinstituut is hierover in gesprek gegaan met betrokken partijen. Het Kwaliteitsinstituut heeft vervolgens een tijdelijke expertgroep «spoedzorg» ingesteld voor de onderdelen waarover partijen niet tot overeenstemming konden komen. Dit is de eerste keer dat de ontwikkeling van een kwaliteitsstandaard (en de daarbij behorende meetinstrumenten) onder directe verantwoordelijkheid van het Kwaliteitsinstituut ter hand zijn genomen. Door het onder regie nemen van het onderwerp «spoedzorg» en het instellen van een expertgroep heeft het Kwaliteitsinstituut voor wat betreft het proces zijn doorzettingsmacht ingezet.

Op verzoek van veldpartijen is het dossier verbreed naar de spoedzorgketen. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om de kwaliteit van triage en de kwaliteit van de overdracht. Ook hier wordt eerst gekeken in hoeverre de betrokken veldpartijen er zelf uit kunnen komen. Het Kwaliteitsinstituut faciliteert hierbij het proces en zet daarmee zijn doorzettingsmacht in. Indien het de betrokken partijen niet lukt om tot een gezamenlijk kwaliteitskader voor de spoedzorgketen (SEH, IC, ambulance en HAP) te komen, dan is ook hier de weg vrij om de doorzettingsmacht daadwerkelijk in te zetten.

Vraag 331:
Kunt u een overzicht geven van de gemeenten die geen eigen bijdrage voor de jeugdzorg heffen?

Antwoord 331:
Het CAK heeft een overzicht met een stand van zaken per half juli 2015. Onderstaande gemeenten innen momenteel helemaal geen ouderbijdrage.

Den Bosch	Amstelveen	Appingedam
Aalsmeer	Bergen op Zoom	Castricum
Alphen aan de Rijn	Comstrijen	Delfzijl
Dronten	Enschede	Groningen
Haarlem	Haren	Heerlen
Hillegom	Kaag en Braassem	Katwijk (ZH)
Leek	Leiden	Leiderdorp
Lisse	Loppersum	Nieuwkoop
Noordwijk	Noordwijkerhout	Oegstgeest
Stadskanaal	Ten Boer	Teijlingen
Uithoorn	Valkenswaard	Voorschoten
Zandvoort	Zeevang	Zoetermeer
Zoeterwoude	Zutphen	Bernheze

Daarnaast zijn er ongeveer 10 gemeenten die voor daghulp geen ouderbijdrage innen; ongeveer 20 gemeenten doen geen mutaties, dus innen voor nieuwe cliënten geen ouderbijdrage en bij enkele gemeenten gaat het om zulke kleine aantallen dat de reden onduidelijk is.

Vraag 332:
Op welke manier waarborgt het Zorginstituut Nederland bij de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden het verkleinen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen?

Antwoord 332:
Het Kwaliteitsinstituut controleert de kwaliteitsstandaarden die tripartiete – dat wil zeggen door zorgaanbieders, patiënten en verzekeraars – worden aangeboden procedureel. Ze hanteert daarvoor het toetsingskader dat te vinden is op de website van het Zorginstituut. Het toetsingskader geeft aan dat een kwaliteitsstandaard moet beschrijven wat goede zorg is vanuit het perspectief van de patiënt. Een kwaliteitsstandaard moet daarom ook aandacht besteden aan bijvoorbeeld de vraag of er sprake is van relevante leeftijdsverschillen en etnische, sociaaleconomische of gender verschillen.

Vraag 333:
Hoeveel DBC's zijn er afgelopen jaar aangepast, zodat er meer passende zorg geboden kon worden? Wat is het voornemen voor komend jaar, en wie heeft hierover de regie?

Antwoord 333:
De NZa stelt prestaties, tarieven en regelgeving voor de medisch-specialistische zorg vast. Deze komen tot stand in afstemming met zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Bij het bepalen van de wijzigingen in het DBC-pakket wordt afgewogen welke aanpassingen urgent zijn om door te voeren, ook gegeven het effect op de stabiliteit van het systeem. Ook wordt meegewogen welke aanpassingen noodzakelijk zijn om aan te blijven sluiten bij ontwikkelingen in de zorgpraktijk.
De voornaamste wijzigingen in de productstructuur die het afgelopen jaar zijn aangepast voor invoering per 2016 hebben betrekking op spoedeisende hulp en licht complexe zorg, transplantatiezorg en interventieradiologie. De wijzigingen voor spoedeisende hulp en lichtcomplexe zorg zijn gericht op het verbeteren van de herkenbaarheid en homogeniteit van de prestaties, en op het faciliteren van de onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Ook dienen de wijzigingen bij te dragen aan een herkenbare nota voor de patiënt die beter aansluit bij de ontvangen zorg.

Bij transplantatiezorg sluit de aangepaste productstructuur beter aan bij de integrale zorgketen, waarin expertisecentra en perifere ziekenhuizen en beschouwende en snijdende specialismen samenwerken. Voor interventieradiologie heeft de wijziging van de productstructuur tot doel de ondersteunende rol van de interventieradioloog bij de behandeling van een zorgvraag door de hoofdbehandelaar beter zichtbaar te maken.

In totaliteit worden er per 2016 zo'n 200 nieuwe DBC-zorgproducten geïntroduceerd en ruim 300 oude DBC-zorgproducten beëindigd. De NZa zal eind 2015 een besluit nemen over de voorgenomen wijzigingen in het DBC-systeem per 2017. Op dit moment kan er dus nog geen uitspraak gedaan worden over het aantal aanpassingen in DBC-zorgproducten per 2017.

Vraag 334:

Welke vergelijkingsinformatie over zorginstellingen is inmiddels beschikbaar via het Zorginstituut? Hoe recent is deze informatie?

Antwoord 334:
Op de website www.zorginzicht.nl geeft het Kwaliteitsinstituut inzicht in de datasets die door zorgaanbieders zijn aangeleverd. Deze data worden bovendien in voor patiënten begrijpelijke vorm gepubliceerd op www.kiesBeter.nl. Het gaat om vergelijkingsinformatie over de kwaliteit van zorg voor verschillende aandoeningen en condities in verschillende sectoren:

- Ziekenhuizen en Zelfstandige Behandelcentra | Medisch specialistische zorg over de verslagjaren 2008 tot en met 2014
- Verpleging, Verzorging en Thuiszorg over de verslagjaren 2008 tot en met 2013. Eind 2015 volgt verslagjaar 2014
- Medisch specialistische revalidatie over de verslagjaren 2013 en 2014
- Kraamzorg over de verslagjaren 2010 tot en met 2014
- Gehandicaptenzorg over de verslagjaren 2009 tot en met 2014
- Geestelijke gezondheidszorg over de verslagjaren 2008 tot en met 2013. Eind 2015 volgt verslagjaar 2014
- Fysiotherapie over de verslagjaren 2009 tot en met 2011

Op https://www.zorginzicht.nl/Bibliotheek/Paginas/Transparantiekalender.aspx is per sector en per aandoening of conditie aanvullende informatie beschikbaar.

Vraag 335:
Is er vergelijkingsinformatie over kwaliteitsgegevens over zorginstellingen vertraagd? Zo ja, welke en waarom?

Antwoord 335:
Er is voor 2 sectoren sprake van enige vertraging.

De kwaliteitsinformatie over de VVT is door de instellingen aangeleverd, maar door gebruik van een oude code is het niet direct mogelijk om te herleiden welke kwaliteitsinformatie bij welke aanbieder op welk adres hoort. Met behulp van de branchepartijen verwacht het Kwaliteitsinstituut dit najaar tot publicatie te komen.

Op verzoek van GGZ NL, Zorgverzekeraars Nederland en Landelijk Platform GGz was de aanleverdatum van de kwaliteitsinformatie vooruitgeschoven naar 15 september. Op verzoek van IGZ is nog eens 14 dagen respijt gegeven in verband met de veiligheidsindicatoren. Medio oktober zijn de gegevens in de openbare database opgenomen en gepubliceerd op de website www.zorginzicht.nl. Via deze website stelt het Kwaliteitsinstituut open datasets beschikbaar.

Vraag 336:
Wat is de stand van zaken ten aanzien van het invoeren van een meldcode voor vermoedens van fraude conform de aangenomen motie van de leden Klever en Gerbrands (Kamerstuk 28 828 nr. 86)?

Antwoord 336:
Zoals ik in mijn brief van 30 juni aangaf zijn er veel stappen gezet op het gebied van de invoering van een meldcode voor zorgverleners bij vermoedens van zorgfraude (TK 28 828, nr. 91). Samen met veldpartijen worden bestaande initiatieven uitgebouwd en versterkt. Een voorbeeld daarvan is het beter toegankelijk maken en stimuleren van meldingen van vermoedens van fraude door aanbieders bij het meldpunt van de NZa.

Daarnaast worden nieuwe initiatieven in gang gezet. In de voortgangsrapportage «Rechtmatige zorg: aanpak fouten en fraude» die ik binnenkort aan uw Kamer stuur, ga ik meer gedetailleerd in op de stand van zaken ten aanzien van een meldcode.

Vraag 337:
Wordt bij de fraude aanpak ook gekeken naar de fraudegevoeligheid van het huidige financieringssysteem in vergelijking tot andere financieringssystemen? Zo ja, welke systemen zijn meer of minder fraudegevoelig dan het huidige systeem? Zo nee waarom niet?

Antwoord 337:
Het minst gevoelige financieringssysteem is als mensen hun kosten direct zelf betalen. Indirecte financiering is altijd meer fraude gevoelig door directe financiering.
Bij alle voorgenomen wet- en regelgeving van VWS waarbij sprake kan zijn van oneigenlijk gebruik en misbruik van publieke gelden en in geval van substantiële wijzigingen van bekostigingssystemen wordt in beginsel een fraudetoets uitgevoerd. Voor substantiële wijzigingen van bekostigingssystemen maakt deze toets onderdeel uit van de uitvoeringstoets die de NZa uitvoert. Indien uit de analyse blijkt dat sprake is van frauderisico's, ook als die betrekking hebben op het financieringssysteem, dan zullen die waar mogelijk worden aangepakt door aanpassingen in het voorstel.

Vraag 338:
Welke accenten worden door de toezichthouders, opsporingsdiensten en het OM gelegd op het versterken van het toezicht en de strafrechtelijke handhaving in de zorg? En indien dit nog niet bekend is, wanneer wordt de Tweede Kamer hierover geïnformeerd?

Antwoord 338:
De NZa ontvangt sinds 2014 extra middelen voor het versterken van het toezicht en (bestuurlijke) handhaving in de zorg. Hiermee heeft de NZa het toezicht op correct declareren in een aantal zorgsectoren geïntensiveerd.
De NZa stelt, mede met input van de bijzondere opsporingsdiensten en het OM, jaarlijks de prioriteiten vast voor het toezicht op het (declaratie-)gedrag van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Om strategisch gedrag te voorkomen, worden de sectoren waar de NZa geïntensiveerd toezicht houdt niet vooraf openbaar gemaakt.
Voor wat betreft de verdere inzet van genoemde handhavingspartijen verwijs ik u naar het programmaplan Rechtmatige Zorg. Door middel van de vierde voortgangsrapportage aanpak fouten en fraude in de zorg zal ik uw Kamer informeren over de voortgang van dit programma en de tot nu toe behaalde resultaten. Uw Kamer ontvangt de vierde voortgangsrapportage binnenkort.

Vraag 339:
Wat wordt de inzet van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bij de formulering van de accenten en het verdelen van de middelen in het kader van het versterken van toezicht en (strafrechtelijke) handhaving in de zorg?

Antwoord 339:
Sinds vorig jaar heeft het Ministerie van VWS extra middelen beschikbaar gesteld voor versterking van het toezicht en de (strafrechtelijke) handhaving in de zorg. In 2014 ging het om € 5 miljoen en vanaf 2015 om structureel € 10 miljoen Deze middelen zijn verdeeld over de NZa, de Inspectie SZW en (met ingang van 2015) het OM/FP. In de begroting is aangegeven dat wij vanaf 2016 wederom extra middelen (€ 1,2 miljoen op

jaarbasis) vrijmaken voor het verder versterken van het toezicht en de (strafrechtelijke) handhaving in de zorg. In de vierde voortgangsrapportage aanpak fouten en fraude in de zorg wordt uw Kamer nader geïnformeerd over de inzet van deze middelen en de accenten die wij daarbij leggen. Deze voortgangsrapportage wordt binnenkort aan uw Kamer gestuurd.

Vraag 340:
Hoeveel kinderen en jongeren maken er gebruik van de jeugdzorgvoorzieningen, uitgesplitst in de verschillende vormen van jeugdhulp? Hoeveel waren dit er in 2013 en 2014?

Antwoord 340:
In het eerste kwartaal van 2015 kregen 214.000 jongeren jeugdhulp. Voor de meeste jongeren, 158.000, was dat een vorm van ambulante jeugdhulp op de locatie van de jeugdhulpaanbieder. Ruim 29.000 jongeren kregen jeugdhulp met verblijf. Hiervan waren 17.000 jongeren in een pleeggezin opgenomen en tweeduizend ondergebracht in gezinsgerichte opvang.

Tabel: kerncijfers Jeugdzorg

	eenheid	2010	2011	2012	2013	2014
Jeugd						
Aantal cliënten provinciale jeugdzorg	aantal	n.b.	104.090	104.345	104.965	102.175
Aantal cliënten tot 21 jaar gesloten jeugdzorg	aantal	n.b.	n.b.	2.535	2.415	n.b.
Aantal personen jonger dan 18 jaar met een indicatie jeugd-AWBZ	1.000	n.b.	97	88	82	78
Aantal personen jonger dan 18 jaar met een indicatie jeugd-Ggz	1.000	248	267	266	n.b.	n.b

Bron: CBS – Statline

Inzake een vergelijking met de jaren 2013 en 2014, is het lastig cijfers uit voorgaande jaren vergelijkbaar beschikbaar te hebben, omdat in de Wet op de jeugdzorg geen unieke cliënten werden geteld maar indicaties. Bovendien zaten de jongeren in 3 verschillende wettelijke kaders met eigen mores over toewijzen zorg, het registreren van de hulp en uiteenlopende ict systemen die dat ondersteunen. Dit vraagt om enige voorzichtigheid bij het vergelijken van aantallen jeugdhulp voor en na 1 januari 2015.

Vraag 341:
Hoe is de gemiddelde waardering van de ontvangen jeugdhulp in 2015? Hoe was die waardering in 2013 en 2014?

Antwoord 341:
Instellingen meten de cliënttevredenheid van hun cliënten. Hiervan worden nu landelijk geen cijfers verzameld.

Cliënttevredenheid maakt deel uit van de outcome-criteria in de jeugdhulp. Gemeenten zijn bezig deze criteria vorm te geven.

Vraag 342:
Kunt u gesplitst per financieringsstroom aangeven hoeveel kinderen en jongeren gebruik maken van jeugdhulp? Wat waren deze getallen in 2010, 2011, 2012, 2013 en 2014?

Antwoord 342:
Zie het antwoord op vraag 340.

Vraag 343:

Hoeveel jeugdzorginstellingen zijn er actief in het totale jeugdzorgveld? Hoeveel waren dit er in 2010, 2011, 2012, 2013 en 2014?

Antwoord 343:
Het aantal jeugdhulpinstellingen kan niet worden vastgesteld. Er waren en zijn aanbieders die tot 1-1-2015 zorg leverden op basis van de AWBZ, Zvw, Wet op de jeugdzorg of Wmo. Hierbij komt dat aanbieders fuseren en soms ook weer opsplitsen. Sommige aanbieders leveren niet alleen jeugdhulp. Vervolgens zijn er nieuwe toetreders, verdwijnen aanbieders en zijn er aanbieders die in een bepaald jaar geen jeugdcliënten helpen. Wij hebben het aantal geaccumuleerde aanbieders dat jeugdigen heeft geholpen uit de verschillende wettelijke kaders van 2011 tot 2014 hierom niet beschikbaar.

Voor 2015 houdt het CBS via de beleidsinformatie Jeugd bij welke aanbieders door de gemeenten worden gecontracteerd. Hierdoor hebben we een beter beeld van het totaal aantal aanbieders dat jeugdhulp levert.

Voor het eerste kwartaal 2015 zijn 2.144 jeugdhulpaanbieders geteld. Hierbij moet worden bedacht dat 50% van deze aanbieders 3% van de cliënten helpt.

Vraag 344:
Hoeveel particuliere jeugdzorgvoorzieningen zijn er? Bij hoeveel instellingen is er een vorm van toezicht bijvoorbeeld door de GGD of de Inspectie?

Antwoord 344:
Een persoon of organisatie die beroepsmatig of bedrijfsmatig jeugdhulp verleent of doet verlenen onder verantwoordelijkheid van de gemeente, is een jeugdhulpaanbieder in de zin van de Jeugdwet. Dit omvat ook degene die «indirect» jeugdhulp verleent ten behoeve van de gemeente. Wanneer een jeugdhulpaanbieder die ingeschakeld is door de gemeente, zelf een derde inschakelt om voor hem (een deel van) de jeugdhulp uit te voeren, dan is die derde dus ook een jeugdhulpaanbieder in de zin van deze wet. Die derde werd onder het oude stelsel wel bestempeld als «particuliere jeugdzorgaanbieder».
Het omvat echter niet (rechts)personen die jeugdhulp verlenen zonder bemoeienis en buiten de verantwoordelijkheid van de gemeente. Dat valt niet onder het begrip jeugdhulpaanbieder in de zin van de Jeugdwet en daarmee valt het ook niet onder het kwaliteitsregime en het toezicht dat in de Jeugdwet is geregeld. Dergelijke initiatieven worden privaat gefinancierd en voor zover daar geen voorbehouden handelingen in de zin van de Wet big worden uitgevoerd, vallen zij niet onder toezicht van de Inspectie Jeugdzorg of de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het is niet bekend hoeveel van dergelijke private instellingen er zijn in Nederland.

Overigens wordt met het wetsvoorstel Wet op de jeugdverblijven (34 053), dat momenteel in behandeling is bij de Eerste Kamer, beoogd om inrichtingen onder toezicht van de betreffende gemeenten te brengen, die niet door een Nederlandse overheid of krachtens een wettelijk voorschrift bekostigd worden en waar ten minste vier minderjarigen elk gedurende een half jaar meer dan de helft van de tijd buiten familie- of gezinsverband overnachten of naar verwachting zullen overnachten. Voornoemd wetsvoorstel regelt dat dergelijke jeugdverblijven onder het toezicht van de gemeentelijke gezondheidsdienst komen te vallen.

Vraag 345:
Hoeveel verschillende, bovenregionale samenwerkingsverbanden zijn er binnen de jeugdhulp? Kunt u per samenwerkingsverband uitsplitsen op

welke vorm(en) van jeugdhulp deze samenwerkingsverbanden van toepassing zijn?

Antwoord 345:
Gemeenten werken in 42 regio's samen bij inkoop en uitvoering van jeugdhulp. Die samenwerking is door gemeenten zelf vastgelegd en juridisch geborgd. Op verschillende plekken werken regio's samen, daar waar het opdrachtgeverschap van zeer specialistische jeugdhulp betreft. Dat gebeurt tussen de drie noordelijke provincies, in Gelderland, in Utrecht en in de drie zuidelijke provincies en Zuid-Holland specifiek voor gesloten jeugdhulp. Via de uitwerking van de notitie Ruimte voor Jeugdhulp wordt deze bovenregionale samenwerking gevolgd en daar waar nodig ondersteund door de VNG.

Vraag 346:
Hoeveel kost een plek op jaarbasis in de pleegzorg, in een gezinshuis, in de residentiële zorg en de gesloten jeugdzorg?

Antwoord 346:
De informatie over de kosten van jeugd- en opvoedhulp wordt niet landelijk bijgehouden en is niet exact voorhanden. Uit verschillende bronnen is een grove indicatie af te leiden:
– Pleegzorg: € 14.000,– inclusief pleegvergoeding van € 7.000 per jaar
– Gezinshuis: € 17.000,– tot € 40.000,– afhankelijk van zorgzwaarte
– Residentieel: € 50.000,– tot € 90.000,– afhankelijk van zorgzwaarte
– Gesloten jeugdhulp: € 120.000,– incl. vervoer en excl. Kapitaallasten (Voor de kapitaallasten gesloten jeugdhulp geldt een aparte subsidieregeling vanuit het Rijk. De gemiddelde kapitaallasten zijn € 14.000,–.

Vraag 347:
Hoe groot is momenteel de gemiddelde caseload van een (gezins-)voogdijwerker?

Antwoord 347:
Er zijn geen gegevens beschikbaar over de gemiddelde caseload van een (gezins-) voogdijwerker. Het is aan de instelling om ervoor zorg te dragen dat de (gezins-) voogdijmedewerker en de jeugdreclasseringmedewerker voldoende zijn toegerust en voldoende tijd hebben om overeenkomstig de normen van het certificeringschema hun wettelijke taak voor het beschermen van kinderen uit te kunnen voeren. Het is aan de gemeenten om bij de inkoop van jeugdbescherming en jeugdreclassering zodanig in te kopen dat de gecertificeerde instelling (GI) in staat is om deze taken conform de normen van het certificeringschema en conform de wettelijke vereisten uit te kunnen voeren.

De taken van de medewerkers van de GI's beperken zich niet uitsluitend tot het gezinsvoogdijwerk. Zij worden vaak ook ingezet ter ondersteuning van de wijkteams om daarmee te voorkomen dat een jeugdbeschermingsmaatregel moet worden opgelegd. Er wordt inmiddels in veel gemeenten ook gewerkt met een gezinsgerichte aanpak. Daardoor is de huidige caseload niet zonder meer te vergelijken met de caseload zoals deze voorheen gold.

Vraag 348:
Hoeveel ondertoezichtstellingen waren er in 2014 en 2015 en wat was de gemiddelde duur van een ondertoezichtstelling?

Antwoord 348:
Het aantal kinderen met een ondertoezichtstelling (OTS) bedroeg aan het einde 2014 25.395. Aan het einde van het eerste kwartaal 2015 bedroeg

het aantal cliënten 23.945. De gemiddelde duur van een OTS bedroeg in 2014 2,8 jaar. In het eerste kwartaal van 2015 was de gemiddelde duur 2,9 jaar. De ervaring leert dat op basis van één kwartaal geen conclusies kunnen worden getrokken over een daling of een stijging. Het CBS publiceert in november de gegevens over het tweede kwartaal.

Vraag 349:
Hoeveel wachtlijstbeheerders kenden de Bureaus Jeugdzorg in 2013 en 2014 en hoeveel zaken hadden zij gemiddeld onder hun hoede als het gaat om jeugdbescherming?

Antwoord 349:
Met de provincies en grootstedelijke regio's zijn in 2013 en 2014 afspraken gemaakt over het omgaan met wachtlijsten in de provinciale jeugdzorg. Belangrijkste punt van deze afspraken was dat in crisissituaties altijd onmiddellijk hulp wordt geboden. Hoe het wachtlijstbeheer precies werd vormgegeven was een kwestie van specifieke provinciale/ grootstedelijke invulling. In een aantal provincies/ grootstedelijke regio's zijn hiervoor wachtlijstbeheerders aangesteld. Ook is in een aantal gevallen een gezamenlijke commissie ingericht van bureau jeugdzorg en de zorgaanbieders om er voor te zorgen dat er tijdig en adequaat zorg werd verleend. Het is zodoende niet mogelijk om een uitspraak te doen over hoeveel zaken een wachtlijstbeheerder gemiddeld onder haar hoede heeft als het gaat om jeugdbescherming.

Vraag 350:
Hoeveel gemeenten kiezen ervoor om niet te werken met indicaties, maar enkel met doorverwijzingen via de hulpverlening?

Antwoord 350:
Deze informatie wordt niet landelijk bijgehouden.

Vraag 351:
De vernieuwingen in het jeugdstelsel wordt samen met de VNG gemonitord om eventuele knelpunten tijdig in beeld te brengen en met extra ondersteuning passende oplossingen te bieden. Zijn er op basis van deze monitor knelpunten gesignaleerd? Zo ja, welke?

Antwoord 351:
Met de VNG bekijk ik voortdurend of de vernieuwing op gang komt. Knelpunten zoals de aansluiting van de zorg voor 18+-ers op de jeugdhulp, afbakeningsvraagstukken tussen de Wet langdurige zorg en de Jeugdwet en de vermindering van administratieve lasten zijn belangrijke voorbeelden van de onderwerpen die in de overleggen met de VNG en de branches aan de orde komen. De Tweede Kamer wordt hierover via voortgangsrapportages geïnformeerd.

Vraag 352:
De vernieuwingen in het jeugdstelsel wordt samen met de VNG gemonitord om eventuele knelpunten tijdig in beeld te brengen en met extra ondersteuning passende oplossingen te bieden. Welke oplossingen worden er geboden aan gemeenten die halverwege het jaar al door hun budget van jeugdzorg heen zijn, omdat er toch meer jeugdhulp nodig is?

Antwoord 352:
Met de VNG heb ik afspraken gemaakt over de manier van vaststellen van het gemeentelijk budget. De resultaten van deze afspraken, de budgetten per gemeente, zijn bekendgemaakt in de circulaires van het gemeentefonds. Op welke manier gemeenten vervolgens met dit budget omgaan is primair een zaak voor de lokale democratie. Bij evidente fouten die zijn

opgetreden bij het maken van de verdeling wordt er hersteld, zoals in de onlangs gepubliceerde septembercirculaire is gedaan.

Vraag 353:
De vernieuwingen in het jeugdstelsel wordt samen met de VNG gemonitord om eventuele knelpunten tijdig in beeld te brengen en met extra ondersteuning passende oplossingen te bieden. Welke passende oplossingen worden er aangedragen bij het ontstaan van wachtlijsten omdat sommige gemeenten te weinig jeugdhulp hebben ingekocht?

Antwoord 353:
Signalen van wachtlijsten zijn medio juni 2015 besproken in bestuurlijk overleg met VNG en branches. Partijen hebben bevestigd dat per geval altijd scherp wordt gekeken of er directe hulp nodig is. Verder hebben de verantwoordelijke wethouders in de VNG-subcommissie van 2 juli 2015 onderling afspraken gemaakt over de manier waarop zij omgaan met wachtlijsten, met name over het volgen van de zogenoemde Treeknormen, factfinding, informatie delen tussen instellingen en tussen gemeenten en de coördinerende rol van de VNG bij bovenregionaal en landelijk aanbod.

Vraag 354:
Kinderen moeten de zorg krijgen die ze nodig hebben zonder dat er sprake is van over- of onderbehandeling. Helder moet zijn wat de lange termijn effecten van medicatie zijn op de gezondheid van kinderen en wat de effectiviteit is van zorg/ondersteuning en medicatie zijn. Is er al bekend wat de lange termijn effecten zijn van ADHD-medicatie, zoals Ritalin? Hoeveel kinderen krijgen op dit moment ADHD-medicijnen voorgeschreven?
Hoeveel kinderen hebben dit jaar de diagnose ADHD gekregen?
Hoeveel kinderen in Nederland hebben ADHD?

Antwoord 354:
Nee, op dit moment is nog niet bekend wat de lange termijneffecten van ADHD medicatie zijn. Via ZonMw programma's wordt nader onderzoek gedaan naar de lange termijn effecten van ADHD. Het gaat om twee meerjarenonderzoeken waarvan het ene onderzoek medio 2016 en het andere onderzoek medio 2017 is afgerond.

Op basis van cijfers over de eerste helft van 2015 (bron Stichting Farmaceutische Kengetallen) blijkt dat het aantal kinderen tot 18 jaar dat ADHD-medicatie krijgt voorgeschreven, ruim 107.000 bedraagt.

Het antwoord op de vraag hoeveel kinderen dit jaar de diagnose ADHD hebben gekregen, is helaas niet bekend omdat daarover geen recente gegevens beschikbaar zijn. Wel blijkt uit gegevens van de NZa dat vorig jaar (2014) 5.342 kinderen onder de 18 jaar de diagnose ADHD hebben gekregen.

Over het aantal kinderen in Nederland dat ADHD heeft zijn geen recente en exacte cijfers bekend (omdat niet alle kinderen in Nederland met ADHD behandeld worden).

Vraag 355:
Wat is de rol van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in de totstandkoming en uitvoering van de Vernieuwingsagenda Jeugd 2015–2018? Wat is de status van de uitvoering van deze Vernieuwingsagenda? Welke activiteiten of initiatieven ondersteunt of financiert het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en wat is de beoogde uitkomst ervan? Is die uitkomst vastgelegd?

Antwoord 355:
De Vernieuwingsagenda Jeugd 2015–2018 is opgesteld met input van gemeenten, beroeps- en brancheorganisaties, cliëntenorganisaties en kennisinstituten. De agenda laat zien dat er een groot commitment is onder deze partijen over de thema's waarop vernieuwing nodig is. De onderwerpen worden op dit moment in partnerschap opgepakt en lokaal, regionaal en/of landelijk uitgevoerd.

De rijksoverheid financiert, ondersteunt en faciliteert de diverse activiteiten in de Vernieuwingsagenda Jeugd. Soms door subsidie te verlenen (programma's van de kennisinstituten zoals ZonMw en NJi), dan weer door advies te vragen over belangrijke vraagstukken (advies Gezondheidsraad), of door te faciliteren dat partijen een werkagenda opstellen (Verbinding passend onderwijs, preventie, jeugdhulp en participatie).

De rol van de rijksoverheid is in deze Vernieuwingsagenda Jeugd divers en afhankelijk van het thema, maar altijd dusdanig dat thema's in partnerschap met diverse partijen worden opgepakt om zo de vernieuwingsthema's uit de Vernieuwingsagenda Jeugd een stap verder te helpen en de randvoorwaarden te scheppen voor gemeenten en haar lokale/regionale partners om haar regierol bij de preventie, jeugdhulp, jeugdbescherming en jeugdreclassering waar te kunnen maken.

Vraag 356:
Het Rijk stimuleert en faciliteert de transformatie financieel (onder andere professionaliseringstraject en andere ondersteuningsprogramma's) en met de inzet van de landelijke kennisinfrastructuur (ZonMW-programma's en Nederlands Jeugdinstituut (NJI)).
Kunt u een uitsplitsing geven van de kosten die hiermee gemoeid zijn met een concrete toelichting per instantie, actie en budget?

Antwoord 356:
De transitie maakt onlosmakelijk deel uit van de reguliere programma's van Zon MW en het Nji. Meer specifiek:

In het reguliere werkprogramma van het Nji bestaat een cluster transformatie, dat deels wordt gefinancierd door het Ministerie van OCW.

Cluster Transformatie jeugdstelsel: Programma's:
1. Ondersteuning Transformatie. Thema's:
   a. Ondersteunen gemeenten bij de transformatieopdracht
   b. Regionale en digitale kennis co-creatie en uitwisseling
   c. Internationale kennis over transformatie
2. Monitoring & sturingsinformatie o.a:
   a. Database jeugdmonitors
   b. Ontwikkeling monitoren (kindermishandeling, passend onderwijs, transformatie etc.)
   c. Outcomesturing: meten en verbeteren lokaal beleid; outcome in zicht
   d. Staat van de jeugd, welbevinden, opvoeding en zorg
   e. Netwerken monitoren, onderzoek & praktijkontwikkeling (o.a. academische werkplaatsen, kennis- en onderzoeksnetwerken)
3. Verbinding (passend) onderwijs en jeugdhulp. *NB Dit programma wordt gefinancierd door OCW.* Thema's:
   a. Verbinding scholen en wijkteams
   b. Passende ondersteuning (onderwijs-zorgarrangementen)
   c. Participatie en toeleiding arbeid kwetsbare jeugd
   d. Sturen op samenhang en effectieve samenwerking

De hiernavolgende programma's zijn belegd bij ZonMW.

- Voor de periode 2015–2010 loopt een nieuw programma voor academische werkplaatsen met als onderwerp jeugd en transformatie van € 6 miljoen.
- In het programma Effectief werken in de jeugdzorg 2012–2019 gaat het om het onderzoeken wat werkt voor cliënten, interventies, professionals en instellingen. Dit betreft veelal onderzoeken met een lange adem,die los staan van het stelsel waarin bijvoorbeeld interventies moeten worden toegepast. Daar waar een project mogelijk bijdraagt aan de transformatie in de brede jeugdhulp, krijgt het meer kans op een positieve beoordeling. Met dit project is € 21,9 miljoen gemoeid voor 7 jaar.
- Voor de verbreding van professionalisering van de Wet op de Jeugdzorg naar de Jeugdwet is € 13 miljoen beschikbaar voor 4 jaar.

Vraag 357:
Hoeveel onderzoeken hebben de IGZ en Inspectie Jeugdzorg gedaan in 2015? Hoeveel daarvan hebben geleid tot een bestuursrechtelijke maatregel, en hoeveel tot een strafrechtelijke? Wat waren de aantallen in 2010, 2011, 2012, 2013 en 2014?

Antwoord 357:
Onderzoeken IGZ:
De laatst vastgestelde cijfers hebben betrekking op 2014. In dat jaar heeft de IGZ in totaal 3.793 rapporten geschreven na haar toezichtbezoeken.

Het aantal onderzoeken dat tot een maatregel heeft geleid bedraagt 232 in 2014. De IGZ kan geen strafrechtelijke maatregelen opleggen. Het aantal bestuursrechtelijke maatregelen die de IGZ heeft genomen vanaf 2010 zijn als volgt:

	2010	2011	2012	2013	2014
Bevel (Kwaliteitswet zorginstellingen, Wet big)	6	19	15	36	10
(Advies) Aanwijzing (Kwaliteitswet zorginstellingen, Wet klachtrecht cliënten zorginstelling)	4	57	9	16	12
Bestuurlijke boete	9	23	18	18	34
Waarschuwingen	3	34	59	142	100
Last onder dwangsom (Wet toelating zorginstellingen, Kwaliteitswet zorginstellingen, Wet BIG)	9	14	19	51	13
Verscherpt toezicht	11	27	19	29	29
Tuchtzaken	12	12	38	25	34
TOTAAL	**54**	**186**	**177**	**317**	**232**

Onderzoeken IJZ/ STJ
In de jaren 2010 tot en met september 2015 hebben de Inspectie Jeugdzorg en Samenwerkend Toezicht Jeugd (STJ) de hierna vermelde aantallen onderzoeken gedaan. Onder onderzoek wordt verstaan elk onderzoek dat heeft geleid tot een openbaar oordeel.

2010: 54 van IJZ en 6 van STJ
2011: 46 van IJZ en 12 van STJ
2012: 28 van IJZ en 11 van STJ
2013: 41 van IJZ en 29 van STJ
2014: 39 van IJZ en 10 van STJ
2015: 21 van IJZ en 26 van STJ (tot en met september)

Hiernaast voeren de IJZ en STJ veel toezicht uit dat niet leidt tot een openbaar rapport. De Inspectie Jeugdzorg houdt inspectiebezoeken bij instellingen, volgt de verbetermaatregelen die zij van instellingen verlangt en beoordeelt calamiteiten die uiteindelijk niet leiden tot een diepgaand

onderzoek. STJ monitort tot twee jaar na haar onderzoeken de opvolging van haar aanbevelingen.

Sinds 1 januari 2015 zijn de handhavende bevoegdheden in het jeugddomein die eerst bij de provincies lagen, overgeheveld naar de Inspectie Jeugdzorg. Tot op heden heeft de inspectie geen bestuursrechtelijke maatregel toegepast. De inspectie kan geen strafrechtelijke maatregelen opleggen. Dit betekent niet dat de Inspectie Jeugdzorg in het verleden niet heeft opgetreden bij geconstateerde tekortkomingen. Indien de situatie daar aanleiding toe gaf, heeft zij van de instellingen verbeterplannen geëist, verscherpt toezicht ingesteld en de provincies geadviseerd handhavend op te treden.

Vraag 358:
Hoeveel gemeenten kennen een specifieke loverboy aanpak?

Antwoord 358:
Van de VNG heb ik begrepen dat in praktisch alle regiovisies huiselijk geweld en kindermishandeling aandacht wordt geschonken aan slachtoffers van loverboys als doelgroep voor voorlichting, preventie en signalering.

Hoewel een compleet beeld op gemeentelijk niveau niet voorhanden is, geeft de VNG aan dat er wel een aantal voorbeelden van specifieke aanpak loverboys bekend is. Zo heeft Limburg provinciaal beleid en hebben de gemeenten Eindhoven, Regio IJsselland en Helmond ook specifiek beleid voor slachtoffers loverboys. Regio Arnhem richt zich specifiek in beleid op slachtoffers mensenhandel.
Daarnaast verwijzen alle regio's naar het landelijke arrangement voor hulp aan slachtoffers van loverboys door Fier Fryslân en Kompaan en de Bocht.

Wat de inhoud is van de beleidsplannen van de gemeenten wordt niet geregistreerd en bijgehouden.

Vraag 359:
Kunt u aangeven hoe de voortgang van het werkprogramma professionalisering Jeugdhulp 2015–2018 wordt gemonitord. Liggen de organisaties op schema? Zijn hier outcome-criteria aan verbonden? Zo ja, welke zijn dat?

Antwoord 359:
Het programma professionalisering jeugdhulp 2015–2018 wordt uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van een stuurgroep, die bestaat uit bestuurders vanuit de betrokken partners. De stuurgroep draagt zorg voor de monitoring van de voortgang en rapporteert daarover aan het ministerie. De uitvoering van het programma ligt op schema. In het Plan van aanpak van dit programma is vastgesteld welke resultaten moeten worden behaald:
- Voor 1 januari 2016 moeten professionals op een HBO- of WO-functie, werkzaam in de jeugdhulp, zich hebben (voor)aangemeld in het Kwaliteitsregister Jeugd.
- Per 1 januari 2018 dienen professionals werkzaam in de jeugdhulp, op een HBO-functie en hoger, waarop de norm van de verantwoorde werktoedeling van toepassing is, volledig ge(her)registreerd kunnen worden.
- Per 1 januari 2020 moeten professionals werkzaam in de jeugdhulp, op een HBO-functie en hoger, volledig voldoen aan de (her)registratie-eisen, zodat de aanbieder/werkgever kan voldoen aan de norm van de verantwoorde werktoedeling.

Vraag 360:
Wordt er bij het werkprogramma professionalisering Jeugdhulp ook aandacht besteed aan het verminderen van handelingsverlegenheid rondom seksualiteit en of maakt dit onderdeel uit van het professionaliseringsproces en beroepsregistratie van jeugdprofessionals?

Antwoord 360:
In het curriculum van de studenten die opgeleid worden voor de jeugdhulp is het onderwerp handelingsverlegenheid rondom seksualiteit een vast onderdeel geworden.
Daarnaast is ter uitvoering van het «Kwaliteitskader voorkomen seksueel misbruik in de jeugdzorg» (cie Rouvoet) in de bij Jeugdzorg Nederland aangesloten instellingen een basismethodiek ingevoerd. Deze basismethodiek is bedoeld om seksueel gedrag met een gemeenschappelijke taal te kunnen bespreken en te duiden en zo de handelingsverlegenheid terug te dringen. Andere brancheorganisaties (gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg) sluiten hier op aan.
Binnen het programma Professionalisering Jeugdhulp werkt het veld aan de randvoorwaarden die nodig zijn voor verdere professionalisering. Dit programma is niet primair gericht op aspecten als het verminderen van handelingsverlegenheid rondom seksualiteit.

Vraag 361:
Kunt u aangeven hoe u tot het bedrag van 13,4 mln. euro voor een periode van vier jaar bent gekomen om branche- en beroepsorganisaties, cliëntenorganisaties en gemeenten met financiële steun te voorzien in het kader van de Jeugdhulp?

Antwoord 361:
De veldpartijen hebben aangegeven welke activiteiten nodig zijn om de beroepsregistratie in te richten. Zij hebben het daarvoor benodigde budget becijferd op € 13,4 miljoen. Na toetsing van deze berekening heeft VWS besloten dit bedrag beschikbaar te stellen. Het budget is onderdeel van het Plan van aanpak 2015–2018 van het Programma Professionalisering Jeugdhulp en gekoppeld aan de resultaten die daarin zijn opgenomen.

Vraag 362:
In deze tabel ontbreken de frictiekosten Jeugdhulp? Wat zijn de frictiekosten?

Antwoord 362:
De totale frictiekosten die jeugdhulpinstellingen maken zijn niet bekend. Instellingen dienen in principe uit eigen middelen deze frictiekosten te financieren. Er wordt alleen subsidie verleend indien een instelling zelf niet in staat is om de frictiekosten te dragen en indien de instelling ook voldoet aan de subsidievoorwaarden van de Beleidsregels subsidieverstrekking bijzondere transitiekosten Jeugdwet.

Vraag 363:
Wat is de verklaring voor de daling van uitgaven aan de subsidies Jeugdhulp van bijna 66 miljoen euro in 2015 naar 20 miljoen euro in 2016?

Antwoord 363:
In 2015 is een grote post gereserveerd en besteed aan de capaciteitsreductie Jeugdzorg plus. De capaciteitsreductie (€ 41 miljoen) is eenmalig en heeft geheel in 2015 plaatsgevonden. Verder is een aantal subsidies verstrekt voor het monitoren van de transitie naar de gemeenten.

Vraag 364:
Welk deel van het budget dat gespendeerd wordt aan bestrijding van kindermishandeling wordt besteed aan het informeren en bijscholen van professionals? Hoe worden de financiële middelen specifiek besteed?

Antwoord 364:
Vanuit het budget voor aanpak kindermishandeling is voor 2016 voorzien in middelen voor de Taskforce kindermishandeling en seksueel misbruik (ruim € 0,6 miljoen), uitvoering van de praktische aanpak gemeenten door VNG (circa € 0,15 miljoen), onderzoeken (€ 0,4 miljoen) zoals een bijdrage aan het prevalentieonderzoek, een bijdrage aan de publiekscampagne (€ 0,2 miljoen) en budget voor het faciliteren van de praktische aanpak en implementatieactiviteiten bij professionals (€ 0,2 miljoen).

De afgelopen jaren is met name via het project meldcode veel geïnvesteerd in het informeren en bijscholen van professionals. Daarnaast is in april 2015 een publiek private samenwerkingsovereenkomst met huisartsenorganisaties en Augeo afgesloten voor de implementatie van de kindcheck. Hiervoor is circa € 0,1 miljoen beschikbaar gesteld. Via het onderzoeksbudget van ZonMW worden middelen beschikbaar gesteld voor implementatie van de kindcheck bij GGZ-professionals

Vraag 365:
Kunt u aangeven waarom het bedrag toegekend voor de Jeugdhulp van 65 miljoen euro in 2015 afneemt tot 20 miljoen euro in 2016 maar oploopt naar 40 miljoen euro in 2020?

Antwoord 365:
In 2015 is een grote post gereserveerd en besteed aan de capaciteitsreductie Jeugdzorg plus. De capaciteitsreductie (€ 41 miljoen) is eenmalig en heeft geheel in 2015 plaats gevonden. Verder is een aantal subsidies verstrekt voor het monitoren van de transitie naar de gemeenten.
De uitvoering van het project kwaliteit en professionalisering is in 2015 aangevangen. Het project kent een looptijd van 4 jaar. De meeste kosten vallen in de laatste 2 jaar van de looptijd van het project.

Tot slot is budget gereserveerd voor verschillende activiteiten in het vernieuwingsprogramma (uitvoering vernieuwingsagenda).

Vraag 366:
De regering reserveert € 22,5 miljoen voor subsidies schippersinternaten. Hoeveel kinderen worden opgevangen en verzorgd door deze internaten? Over hoeveel internaten wordt deze subsidie verdeeld? Kan een uitsplitsing naar internaat worden gegeven? Hoeveel betreft de subsidie gemiddeld per kind? Wat is de bijdrage van de ouders gemiddeld per kind? Wat is de reden dat het Rijk deze subsidie verstrekt?

Antwoord 366:
De schippersinternaten hebben aangegeven dat in 2016 719 kinderen worden opgevangen in internaten en 10 kinderen in gastgezinnen. In 2015 werd de subsidie als volgt over de 4 internaten verdeeld (inclusief OVA 2015).

	2015
Meander	10.406.638
Limena	6.125.476
De Merwede	2.938.086
Juzt	606.063

	2015
Totaal	**20.076.263**

In 2015 werden 794 kinderen opgevangen in internaten en 8 kinderen in een gastgezin. Het gemiddelde subsidiebedrag komt daarmee op € 25.033 per kind. Schippersinternaten hebben aangegeven dat de gemiddelde verwachte ouderbijdrage in 2015 en 2016 ongeveer € 1.700 per kind zal zijn.

Het Rijk subsidieert de internaten om twee redenen. De Leerplichtwet 1969 vormde de aanleiding voor subsidieverlening aan internaten voor kinderen van ouders met een trekkend/varend bestaan, kinderen van binnenschippers, kermisexploitanten en circusartiesten. Kinderen moeten volgens de Leerplichtwet ingeschreven staan bij een school en deze regelmatig bezoeken. Hierdoor moeten kinderen gedurende de schoolperiode «aan de wal» zijn. De ouders hebben echter geen vaste woon- of verblijfplaats. De bedrijfsvoering kan vereisen dat beide ouders gedurende het jaar in de onderneming verblijven, zodat niet één van hen op de wal kan gaan wonen. De bedrijven van binnenschippers, kermisexploitanten en circusartiesten zijn van oudsher familiebedrijven. Verblijf aan de wal kan plaatsvinden in een gastgezin (bijvoorbeeld bij familie) of in een internaat.

Naast de Leerplichtwet is het voortbestaan van het traditionele familiebedrijf in de binnenvaart een belangrijke sociaaleconomische factor van betekenis geweest voor subsidiering. Zonder een financiële compensatie van het nadeel ten gevolge van het onverkort gelden van de Leerplichtwet voor deze kinderen, zouden veel ouders tot bedrijfsbeëindiging worden gedwongen.

Vraag 367:
Welke organisaties ontvangen subsidie ten behoeve van hun bijdrage op het gebied van participatie? Hoeveel ontvangen zij per organisatie? Welke activiteiten ontplooit de Nationale Jeugdraad (NJR) van deze subsidiegelden?

Antwoord 367:
De Nationale Jeugdraad NJR is de enige organisatie die subsidie ontvangt van het Ministerie van VWS voor activiteiten op het gebied van jeugdparticipatie.
NJR ontvangt circa € 0,6 miljoen subsidie ten behoeve van activiteiten op het gebied van jeugdparticipatie.NJR ontplooit een groot aantal activiteiten. Met de ontvangen subsidiegelden worden ondermeer het Nationaal Jeugddebat, het NJR-panel, jongerenvertegenwoordigers bij internationale organisaties, de NJR trainerspool en het Impactprogramma gericht op jongerenparticipatie in gemeenten gefinancierd. Meer informatie over de activiteiten van NJR staat op http://www.njr.nl/watwijdoen.

Vraag 368:
Kunt u een nadere toelichting geven op de verschillende onderzoeken naar jeugdhulpgebruik die momenteel gefinancierd worden onder de post Kennis en beleidsinformatie? Waarop richten deze onderzoeken zich en wie voeren de onderzoeken uit?

Antwoord 368:
Via de Benchmark beleidsinformatie jeugdhulp leveren aanbieders cijfers over de geleverde jeugdhulp aan unieke cliënten. Gemeenten kunnen hun

prestaties op deze wijze onderling vergelijken op diverse terreinen zoals wonen, werken, school, politiecontacten, middelengebruik en kindermishandeling (http://jeugdmonitor.cbs.nl/nl-nl/). Vanwege de stelselverantwoordelijkheid doet ook het Rijk na iedere benchmarklevering een aantal nadere onderzoeken, naar aanleiding van grote verschillen in jeugdhulpgebruik bij gelijksoortige gemeenten. Dit zijn maximaal acht onderzoeken voor een geheel jaar waarvoor € 0,2 miljoen is gereserveerd.

Het doel van dit nader onderzoek is om een beeld te krijgen, via met name kwalitatief onderzoek bij een beperkt aantal gemeenten. In de analyse voor de verklaring van het verschillend jeugdhulpgebruik, wordt aandacht besteed aan factoren waar de gemeenten geen invloed op hebben (bijvoorbeeld bevolkingssamenstelling en sociaaleconomische omstandigheden) en factoren waar de gemeenten wel invloed op hebben (kwaliteit en kwantiteit van ingekocht jeugdhulpaanbod). Op deze wijze wordt een beeld verkregen hoe de Jeugdwet bij gemeenten functioneert.

Deze onderzoeken worden uitgevoerd door diverse onderzoeksbureaus. De onderwerpen worden voorgesteld door de branches, de VNG en de departementen. Het eerste onderzoek, waarover bij de eerstvolgende voortgangsrapportage over de invoering van de Jeugdwet wordt gerapporteerd, gaat over het functioneren van de toegang in de jeugdhulp.

Dit jaar zal ook onderzoek worden gedaan naar verschillen in registratie door aanbieders als mogelijke verklaring voor een verschil in gebruik van jeugdhulp. GGZ Nederland werkt daarnaast momenteel aan een onderzoeksvoorstel om te bezien of het aantal crisisplaatsingen samenhangt met het gemeentelijk beleid. Dit onderzoek zal in 2016 plaatsvinden.

Vraag 369:
Hoe wordt ervoor gezorgd dat er in geheel Nederland zoveel mogelijk met 1 systeem voor de verwijsindex risicojongeren wordt gewerkt?

Antwoord 369:
1. De Jeugdwet kent alleen de verwijsindex risicojongeren (vir) en gemeentelijke signaleringssystemen. Het College van B&W is verantwoordelijk voor de goede inrichting daarvan en aansluiting op de vir. De vir zelf wordt beheerd door het CIBG als agentschap van VWS.
2. In de toelichting bij de aanpassing van de Wet op de Jeugdzorg voor de invoering van de vir is een handreiking gegeven op welke wijze de goede aansluiting op de VIR gewaarborgd kan worden onder meer door de NTA 8023 te volgen.
3. Nagenoeg alle gemeenten maken voor de koppeling van hun signaleringssysteem met de vir gebruik van de diensten van een professionele derde. Voor circa 70% van de gemeenten is dat Multisignaal. Ook dit draagt bij aan uniformiteit van de aansluitingen.

Vraag 370:
Kunt u een gedetailleerd beeld schetsen van de subsidie-uitkeringen door de Transitieautoriteit Jeugd in het verleden? Wie waren de ontvangers van deze subsidie voor transitiekosten? Hoe is het bedrag van 60 mln. euro voor 2016 onderbouwd? Wat is het resterende budget van de Transitieautoriteit Jeugd en hoe wordt dat over de resterende jaren verdeeld?

Antwoord 370:
Voor de Beleidsregels subsidieverstrekking bijzondere transitiekosten Jeugdwet is een bedrag van € 200 miljoen gereserveerd. Dit bedrag is in de regeling opgenomen en vormt daarmee het uitgavenplafond voor deze

regeling. Vanaf 21 oktober 2014 kunnen er subsidieaanvragen worden ingediend.

Tot en met 30 september zijn er toekenningen gedaan aan 4 organisaties voor een totaal bedrag van circa € 9 miljoen. Van 5 organisaties is de aanvraag nog in behandeling. Er kan in verband met bedrijfseconomische redenen geen inzicht worden geboden in welke organisaties subsidie hebben ontvangen.

De raming van het benodigde bedrag van € 60 miljoen voor 2016 is gebaseerd op de veronderstelling dat in het eerste jaar het gebruik van de regeling het grootst zal zijn.

Voor het totaal aan transitiekosten is voor de periode 2015 tot en met 2017 een bedrag geraamd van € 214 miljoen. De verdeling van deze middelen over de jaren 2015 tot en met 2017 is als volgt in de begroting opgenomen:
2015: € 94 miljoen
2016: € 60 miljoen
2017: € 60 miljoen

Lagere uitputting in 2015 komt doordat gebruik van regeling langzamer op gang komt dan oorspronkelijk voorzien. Met name door «overgangsrecht» is in 2015 meer capaciteit in stand gehouden en zijn er minder aanvragen ingediend dan verwacht. Daarnaast zijn toekenningen alleen maar gedaan voor zover het de effecten van de inkoop voor 2015 betreft (dit in verband met feit dat gemeenten in vrijwel alle gevallen slechts voor 1 jaar hebben gecontracteerd). Verwachting / inschatting is dat gebruik van regeling in 2016 toe gaat nemen; ook in verband met overeengekomen verdere afbouw van 24 uur zorg. Daarnaast zitten er nog een aantal aanvragen voor subsidie in de behandelprocedure.

Vraag 371:
Kunt u een uitsplitsing geven van de uitgaven aan subsidies Jeugdhulp met nadere toelichting per post? Binnen deze post is een aandeel gereserveerd voor verbetering van kinderrechten in Caribisch Nederland. Hoe groot is dat aandeel?

Antwoord 371:
De subsidies Jeugdhulp bestaan uit drie hoofdposten, kapitaallasten Jeugdzorg plus (€ 18 miljoen), professionalisering Jeugdhulp (€ 2 miljoen) en Jeugdzorg plus Caribisch Nederland (€ 1 miljoen). De post die gereserveerd is voor Caribisch Nederland is niet gereserveerd voor kinderrechten in het Caribisch gebied maar voor het aanbieden van capaciteit Jeugdzorg plus.

Vraag 372:
Veilig Thuis wordt genoemd en gelinkt aan kindermishandeling. Kan de Minister aangeven of Veilig Thuis ook aandacht heeft voor seksueel geweld breed, dus behalve misbruik, of ligt dit bij de Centra Seksueel Geweld?

Antwoord 372:
Veilig Thuis is het advies- en meldpunt voor kindermishandeling en huiselijk geweld. Seksueel geweld/misbruik is één van de vormen van kindermishandeling of huiselijk geweld.

Bij de Centra Seksueel Geweld (CSG) kan ieder slachtoffer kort na het incident terecht voor hulpverlening.

Vraag 373:
Zijn de opbrengsten van 78 mln. euro ten gevolge van teruggave van egalisatiereserves van de provinciën uitgegeven in deze begroting? Zo ja, waaraan worden deze subsidies besteed? Hoe is de hoogte van dat bedrag vastgesteld? Vloeien de opbrengsten terug in de algemene middelen of komen deze ten goede aan de (jeugd)begroting van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport?

Antwoord 373:
Het bedrag van € 78 miljoen aan ontvangsten ten gevolge van de afrekening met provincies betreft 2016 zoals in de tabel is weergegeven. Abusievelijk staat in de toelichting dat deze ontvangsten 2015 betreffen. Deze ontvangsten maken deel uit van Beleidsartikel 5 «Jeugd» van de VWS begroting. De op dit beleidsartikel geraamde verplichtingen, kasuitgaven en ontvangsten vormen het totale budgettaire kader waarbinnen de beleidsdoelstellingen voor jeugd moeten worden gerealiseerd. In die zin is niet aan te geven waaraan deze geraamde ontvangsten specifiek zullen worden besteed. Het bedrag van € 78 miljoen is gebaseerd op realisatiecijfers over de omvang van de provinciale egalisatiereserves die door de provincies in hun jaarrekeningstukken zijn opgenomen. Bij wijziging van de omvang van deze reserves zal dit bedrag dus ook wijzigen.

Vraag 374:
Waarom krijgt het Ministerie van VWS 78 mln. euro terug uit de egalisatiereserves van de provincie? Wat voor grond is hiervoor en is dit eenmalig of wordt het herhaald binnen een bepaalde periode?

Antwoord 374:
In verband met het beëindigen van de taken op het gebied van de jeugdzorg voor de provincies en de grootstedelijke regio's, vindt afrekening van de doeluitkering jeugdzorg plaats. De grond hiervoor is de invoering van de Jeugdwet waardoor de wettelijke bevoegdheden van de provincies en grootstedelijke regios op het terrein van de jeugdzorg komen te vervallen. Niet bestede middelen worden teruggevorderd. Dit gebeurt eenmalig.

Vraag 375:
Hoe wordt in 2016 een extra impuls gegeven aan de bestrijding van dopinggebruik in de sport?

Antwoord 375:
Het Ministerie van VWS ondersteunt het actieplan Samen voor een schone sport dat NOC*NSF samen met de Dopingautoriteit, de Atletiekunie, de Koninklijke Nederlands Voetbalbond, Fit!vak en de Koninklijke Nederlandse Biljart Bond tot eind 2016 uitvoeren. Dat actieplan is opgesteld naar aanleiding van de nationale Dopingconferentie van 23 april 2015 Een dopingvrije sportcultuur in Nederland!. Binnenkort zend ik uw Kamer een separate brief toe met mijn standpunt over de laatste ontwikkelingen op het gebied van doping.

Vraag 376:
Hoeveel kinderen in Nederland hebben overgewicht en obesitas, wat zijn de meest recente cijfers?

Antwoord 376:
In 2014 had 13,2% van de kinderen (4–20 jaar) overgewicht waarvan 3,7% obesitas (http://statline.cbs.nl). Bij de vergelijking van de uitkomsten vanaf 2014 met die over de periode tot en met 2013 dient enige voorzichtigheid in acht te worden genomen. Tussen 2013 en 2014 hebben er verande-

ringen plaatsgevonden bij de Gezondheidsenquête. De wijzigingen hebben tot enkele methodebreuken geleid, onder andere bij de cijfers over overgewicht. Meer informatie over deze analyse en de vastgestelde methodebreuken staan in de nota Methodebreuk Gezondheidsenquête 2014.

Vraag 377:
Zijn er verschillen in regio's waar het overgewicht van kinderen hoog is?

Antwoord 377:
In de jeugdmonitor (2–25 jaar) van het CBS wordt een onderscheid gemaakt in de overgewichtcijfers in de vier landsdelen. Uit die cijfers blijkt dat het percentage overgewicht onder kinderen in het landsdeel Noord het hoogst is, gevolgd door Oost, West en Zuid (http://jeugdmonitor.cbs.nl).

Vraag 378:
Hoeveel volwassenen hebben overgewicht en obesitas, wat zijn de meest recente cijfers?

Antwoord 378:
In 2014 had 50,9% van de volwassenen (20 jaar en ouder) overgewicht waarvan 14,2% obesitas (http://statline.cbs.nl). Bij de vergelijking van de uitkomsten vanaf 2014 met die over de periode tot en met 2013 dient enige voorzichtigheid in acht te worden genomen. Tussen 2013 en 2014 hebben er veranderingen plaatsgevonden bij de Gezondheidsenquête. De wijzigingen hebben tot enkele methodebreuken geleid, onder andere bij de cijfers over overgewicht. Meer informatie over deze analyse en de vastgestelde methodebreuken staan in de nota Methodebreuk Gezondheidsenquête 2014.

Vraag 379:
Hoeveel scholen hebben schoolzwemmen in het onderwijspakket zitten?

Antwoord 379:
Het antwoord op de vraag valt onder de beleidsverantwoordelijkheid van mijn collega van OCW.

Vraag 380:
Hoeveel gemeenten regelen schoolzwemmen in hun verordening?

Antwoord 380:
Het antwoord op de vraag valt onder de beleidsverantwoordelijkheid van mijn collega van OCW.

Vraag 381:
Welke prioriteit heeft de regering met het aanpakken van doping?

Antwoord 381:
Het opstellen en handhaven van regels tegen het gebruik van doping in de sport is de verantwoordelijkheid van de sport. Door de subsidiëring van de Nederlandse Anti-Dopingautoriteit faciliteert de overheid die taak in de sportsector. De overheid is verantwoordelijk voor het tegengaan van illegale handel in geneesmiddelen, die voor dopingdoeleinden kunnen worden gebruikt. Deze taak wordt afgewogen tegen andere taken en aandachtsvelden van de betrokken overheidsinstanties. Met de voorgenomen Wet uitvoering anti-dopingbeleid maakt de overheid duidelijk dat het tegengaan van doping prioriteit heeft.

Vraag 382:

Wat is het aantal sportblessures in 2015, wat was het aantal in voorgaande jaren kunt u deze cijfers voorzien van uw duiding?

Antwoord 382:
Het aantal sportblessures in 2015 is nog niet bekend. Deze cijfers zijn in het derde kwartaal van 2016 beschikbaar. In 2014 liepen sporters in Nederland 4,7 miljoen sportblessures op. Dat waren er 200.000 meer dan in 2013 en 300.000 meer dan in 2012. De toename van het aantal sportblessures is zorgelijk. Dit is mede de aanleiding geweest om per 2016 te starten met een nieuw programma sportblessurepreventie waarover ik u op 26 mei 2015 heb geïnformeerd.[32]

Vraag 383:
Hoe hoog zijn de inkomsten uit de loterijopbrengsten en welk bedrag gaat hiervan naar de sport?

Antwoord 383:
Zie het antwoord op vraag 385.

Vraag 384:
Wat waren de loterijopbrengsten voor de sport in 2010 t/m 2015?

Antwoord 384:
Zie het antwoord op vraag 385.

Vraag 385:
Wat zijn de verwachte loterijopbrengsten voor de sport in 2016?

Antwoord 385:
De totale gerealiseerde loterijopbrengsten en de gerealiseerde en geraamde afdrachten aan de sport zijn:

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Totale loterijopbrengsten (omzet) (x € 1 miljoen) (1)	1.940	1.950	1.910	1.880	1.870	–	–
Afdrachten aan de Sport (x € 1 miljoen)							
Lotto (2)	57,6	57,4	42,4	43,1	42,7		
GoedeDoelenLoterijen (3)	8,1	8,7	9,6	13,6	9,9		
Van FIN (SENS) via sportbegroting VWS			10	6			
Geraamde afdrachten aan de sport (x € 1 miljoen)							
Lotto (2)						38,4	38
GDL (3)						n.n.b.	n.n.b.
Fusieorganisatie SENS/Lotto (4)							40–45

Bron:
1 – Kansspelautoriteit, Marktscan 2013 en mededeling 2014
2- Mededeling De Lotto 5/10/2015
3- Mededeling De Postcodeloterij/Vriendenloterij 6/10/2015
*4- Mededeling NOC*NSF 6/10/2015*

Vraag 386:
Wat zijn de laatste ontwikkelingen met betrekking tot matchfixing?

Antwoord 386:
Er verschijnen in de media regelmatig berichten over vermeende matchfixing. Ik constateer dat alle betrokken partijen hun verantwoordelijkheid nemen voor hun aandeel in de bestrijding van matchfixing. Om matchfixing te bestrijden is een integrale aanpak noodzakelijk van preventie en signalering tot repressie. Matchfixing kan alleen bestreden

[32] Tweede Kamer vergaderjaar 2014–2015, 30 234 nr 128

worden door nauwe samenwerking tussen de sectoren sport, kansspel en opsporing en vervolging. Dat is een continu proces, dat wordt versterkt door zowel het nationale platform als de ontstane bilaterale contacten. Ook grensoverschrijdend werken is cruciaal. Daarom agendeer ik matchfixing- als onderdeel van integriteit in de sport- tijdens het EU-voorzitterschap van Nederland in de eerste helft van 2016. In het geval zich nieuwe ontwikkelingen voordoen zal ik uw Kamer hierover informeren.

Vraag 387:
Wat zijn de laatste ontwikkelingen met betrekking tot een veiliger sportklimaat?

Antwoord 387:
Over de voortgang van het actieplan «Naar een Veiliger Sportklimaat» wordt uw Kamer, zoals toegezegd, in het najaar geïnformeerd via de jaarlijkse voortgangsrapportage. Zo vindt deze week de «Week van de Scheidsrechter» plaats. Hier worden alle scheidsrechters bedankt voor de belangrijke rol die zij hebben in de sport.

Vraag 388:
Wat zijn de laatste ontwikkelingen met betrekking tot doping?

Antwoord 388:
Over de meest recente ontwikkelingen met betrekking tot doping zal ik uw Kamer zeer binnenkort per separate brief informeren. Daarmee breng ik u onder meer op de hoogte van de resultaten en de voorgenomen vervolgactie naar aanleiding van de dopingconferentie Een dopingvrije sportcultuur in Nederland! van 23 april 2015 en zend ik u het onderzoeksrapport De Nederlandse topsporter en het anti-dopingbeleid 2014–2015.

Vraag 389:
Hoeveel buurtsportcoaches zijn in gemeenten aangesteld in 2015?

Antwoord 389:
Het aantal gerealiseerde buurtsportcoaches op peildatum 1 januari 2015 was 2.607 fte. Een nieuwe meting vindt plaats op 1 september 2016.

Vraag 390:
Kunt u een overzicht sturen van het aantal scholen dat 1 uur, 2 uur of 3 uur gymonderwijs geeft, zowel voor het basis- als voortgezet onderwijs?

Antwoord 390:
Het antwoord op de vraag valt onder de beleidsverantwoordelijkheid van mijn collega van OCW.

Vraag 391:
Hoeveel kinderen zijn in 2015 door verdrinking om het leven gekomen en wat waren de cijfers in voorgaande jaren?

Antwoord 391:
Het antwoord op de vraag valt onder de beleidsverantwoordelijkheid van mijn collega van I&M.

Vraag 392:
Hoeveel kinderen verlaten de basisschool zonder zwemdiploma A, B, en/of C?

Antwoord 392:

Het antwoord op de vraag valt onder de beleidsverantwoordelijkheid van mijn collega van OCW.

Vraag 393:
Hoe hebben andere Europese landen gymlessen georganiseerd? Heeft u daarover informatie of rapporten die hiertoe meer informatie geven?

Antwoord 393:
Het antwoord op de vraag valt onder de beleidsverantwoordelijkheid van mijn collega van OCW.

Vraag 394:
Hoe gaan andere Europese landen om met het inzetten van vakleerkrachten voor gymles op school?

Antwoord 394:
Het antwoord op de vraag valt onder de beleidsverantwoordelijkheid van mijn collega van OCW.

Vraag 395:
Kan de Minister uiteenzetten waarom de subsidie voor verantwoord sport en bewegen afneemt in 2016?

Antwoord 395:
Op het subsidie-instrument «verantwoord sport en bewegen» worden de uitgaven voor het programma sportblessurepreventie en monitoring en de kennisfunctie met betrekking tot blessurepreventie verantwoord. Met ingang van 2016 zijn de uitgaven voor het opleidingenbudget voor sportartsen structureel overgeheveld naar het opleidingenfonds. Dit verklaart de daling in de budgetstand.

Vraag 396:
Wat hield de compensatie van betaalde energiebelasting in en vervangt de energiebesparing en duurzame energie dit? Zo ja, Waarom kiest de Minister voor een verlaging van deze bekostiging? Zo nee, waarom is de compensatie stopgezet?

Antwoord 396:
Bij de huidige compensatie van betaalde energiebelasting krijgen sportverenigingen 50% van de betaalde energiebelasting gecompenseerd. De nieuwe subsidieregeling energiebesparing en duurzame energie sportaccommodaties (Staatscourant, Nr. 25937, nr. WJZ/14186622) vervangt de compensatie energiebelasting. In overleg met de georganiseerde sport is er voor gekozen om naast de subsidieregeling het ook makkelijker te maken voor sportverenigingen om leningen af te sluiten. Hiervoor vindt de komende jaren een jaarlijkse storting naar de Stichting Waarborgfonds Sport plaats. Daarmee is de inzet van middelen gelijk gebleven.

Vraag 397:
Waarom is de subsidie voor het programma sport en bewegen in de buurt een landelijke subsidie? Waarom is niet gekozen om dit door de gemeente uit te laten voeren via de bijdrage?

Antwoord 397:
Er bestaat geen wettelijk kader voor gemeenten, waarin de rechten en plichten voor sport en bewegen is vastgelegd. Om die reden is ervoor gekozen om de gelden voor de buurtsportcoach te labelen door middel van een decentralisatie-uitkering. Zo wordt het budget ook daadwerkelijk

ingezet ten behoeve van sport en bewegen, waarbij gemeenten zelf de vrijheid hebben om het daar in te zetten waar lokaal de meeste behoefte ligt.

De Sportimpuls is bedoeld om lokale projecten en activiteiten tot stand te brengen en te versterken met als doel het creëren van passend sport- en beweegaanbod in de buurt. Hierbij wordt de samenwerking op gang gebracht tussen sport en relevante andere sectoren zoals zorg, onderwijs, welzijn, buitenschoolse opvang en het bedrijfsleven. Alleen lokale sport- en beweegaanbieders mogen aanvragen indienen. Hoewel gemeenten betrokken zijn bij de lokale initiatieven, mogen zij zelf geen subsidieaanvraag doen. De uitvoering van de sportimpuls is uitbesteed aan ZonMw.

Vraag 398:
Waaruit bestaan de ontvangsten van beleidsartikel 6 Sport en Bewegen?

Antwoord 398:
De ontvangsten van beleidsartikel 6 Sport en Bewegen betreffen een raming van terug te ontvangen subsidiegelden als gevolg van het vaststellen van subsidies.

Vraag 399:
In hoeverre worden ouderen betrokken bij het programma Sport en Bewegen in de buurt in het algemeen? In hoeverre worden ouderen betrokken bij het programma Sportimpuls specifiek?

Antwoord 399:
Het programma Sport en Bewegen in de Buurt draagt bij aan een gezonde en actieve samenleving. Het gebeurt nog te vaak dat mensen een (te) hoge drempel ervaren om te gaan sporten en/of bewegen. Door sport- en beweegmogelijkheden bij mensen in de buurt te stimuleren, worden deze drempels zoveel mogelijk weggenomen. Hierbij wordt de samenwerking op gang gebracht tussen sport en relevante andere sectoren zoals zorg, onderwijs, welzijn, buitenschoolse opvang en het bedrijfsleven.

De middelen worden ingezet voor lokale projecten en activiteiten om met passend sport- en beweegaanbod meer mensen te bereiken. Dat geldt ook voor ouderen. Binnen de Sportimpuls kunnen onder andere projecten worden aangevraagd specifiek gericht op ouderen. Zo is het percentage van gehonoreerde aanvragen dat gericht is op de doelgroep ouderen toegenomen van 26% in 2012 naar 47% in 2015. Daarnaast kunnen gemeenten buurtsportcoaches aanvragen om specifiek in te zetten om de doelgroep ouderen te bereiken. Het verdiepingsonderzoek buurtsportcoaches uit 2014 geeft aan dat 7% van de buurtsportcoaches werkzaam is in de ouderenzorg.

Vraag 400:
Vanaf 2017 gaat 2 miljoen euro van beleidsartikel 7 naar een andere begrotingshoofdstuk. Naar welk begrotingshoofdstuk en waarvoor is het bestemd?

Antwoord 400:
De € 2 miljoen is bestemd voor het begrotingshoofdstuk van het Ministerie van Defensie voor het maatschappelijk werk van Oorlogs- en Geweldgetroffenen (OGG) en de Indische doelgroep.
Om de administratieve lasten rond het subsidieverleningproces te beperken doen de ministeries van Defensie en VWS onderzoek naar integratie van de subsidiabele activiteiten van Defensie en van VWS (één subsidie voor Stichting de Basis) welke zo spoedig mogelijk zal worden gerealiseerd.

Vraag 401:
Bekostiging Van het beschikbare budget ad 0,4 miljoen euro is 100% juridisch verplicht. Het betreft de bekostiging van wachtgelden, de vervoerskosten en de niet op grond van een wettelijke regeling of ziektekostenregeling vergoede kosten van behandeling door stichting Centrum '45, inclusief de noodzakelijke verblijfskosten en deels de vergoeding in de FPU plus- en WW/BWU-regeling voor ex-werknemers van de Stichting 1940–1945. Wie worden hier specifiek behandeld? Klopt het dat de stichting ook vluchtelingen ondersteunt? Klopt het dat de stichting zich ook bezig houdt met deradicaliseringsprojecten?

Antwoord 401:
Deze begrotingspost betreft deels kosten in directe relatie tot de behandeling van oorlogsgetroffenen WOII bij Centrum'45. Voor het resterende deel betreft deze begrotingspost een wachtgeldregeling voor ex-werknemers van Stichting 1940–1945. Dit budget is derhalve voor een doelgroep met een relatie tot de Tweede Wereldoorlog.

Centrum'45 behandelt als derdelijns ggz-instelling ernstig getraumatiseerde burgers, waaronder ernstig getraumatiseerde jongeren die betrokken zijn geweest bij de oorlog in Syrië en Irak. Centrum '45 is niet betrokken bij deradicaliseringsprojecten.

Vraag 402:
Waar zijn de ingeboekte bedragen voor de payback in de Indische kwestie? De premier heeft in zijn toespraak gezegd: «De regelingen met de erkenning van achterstallige salarissen en geleden oorlogsschade lieten lang op zich wachten.» Hiermee is gesuggereerd, dat het geregeld is. Wat is er geregeld en welk bedrag is daarvoor beschikbaar?

Antwoord 402:
Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik u naar mijn brief van 12 oktober 2015 (TK 20 454, nr. 113) en het AO van 14 oktober 2015.

Vraag 403:
Klopt het dat er in de begroting geen budget is gereserveerd voor de Indische Kwestie? Kunt u een toelichting geven op de reden hiervan?

Antwoord 403:
Zie het antwoord op vraag 402.

Vraag 404:
Waar liggen de grenzen van de zorgtoeslag en vanaf welke percentages geldt de toeslag niet meer? Kan dit worden aangegeven voor de verschillende inkomenscategorieën?

Antwoord 404:
In 2016 ontvangen eenpersoonshuishoudens zorgtoeslag tot een inkomen van circa € 27.132, terwijl meerpersoonshuishoudens zorgtoeslag ontvangen tot een inkomen van circa € 34.003. Er zijn geen percentages die de basis vormen voor het ontvangen van zorgtoeslag. De genoemde inkomens zijn gebaseerd op de raming van de nominale premie in de VWS begroting. Als de premie lager uitvalt hebben huishoudens tot een lager inkomen recht op zorgtoeslag en vice versa.

Vraag 405:
Kunt u voorrekenen hoe hoog de zorgtoeslag voor de verschillende inkomensgroepen wordt?
Hoeveel mensen hebben het afgelopen jaar minder zorgtoeslag gehad?

Antwoord 405:
In onderstaande tabel staat de berekening van de zorgtoeslag voor een aantal huishoudens. De hoogte van de zorgtoeslag is louter afhankelijk van de hoogte van het belastbaar inkomen en de huishoudsamenstelling (eenpersoons of meerpersoons). De hoogte van de zorgtoeslag is niet afhankelijk van het aantal kinderen of de verdeling van het inkomen over partners. Wel geldt dat geen recht op zorgtoeslag bestaat voor huishoudens met een vermogen van ruim € 80.000 of meer boven de in de inkomstenbelasting geldende vrijstelling.

(Bedragen in €)	Eenpersoonshuishouden					Meerpersoonshuishouden				
Inkomen	Tot 19.759	20.759	24.759	26.759	boven 27.759	Tot 19.759	20.759	29.759	33.759	boven 34.759
Inkomen boven WML	–	1.000	5.000	7.000	8.000	–	1.000	10.000	14.000	15.000
Standaardpremie	1.484	1.484	1.484	1.484	1.484	2.968	2.968	2.968	2.968	2.968
Af: 2,38% resp. 5,22% van WML (€ 19.759)	– 470	– € 470	– 470	– 470	– 470	– 1.031	– 1.031	– 1.031	– 1.031	– 1.031
Af: 13,43% van inkomen boven WML	–	– € 134	– 672	– 940	1.074	–	– 134	– 1.343	– 1.880	– 2.015
Zorgtoeslag	1.014	870	342	74		1.937	1.802	1.265	56	–

De hoogte van de zorgtoeslag wordt bepaald als de standaardpremie (bij een meerpersoonshuishouden twee maal de standaardpremie) minus het normpercentage (2,38% bij een eenpersoonshuishouden en 5,22% bij een meerpersoonshuishouden) maal het belastbaar minimumloon minus het afbouwpercentage (13,43%) maal het inkomen boven het minimumloon. Als de uitkomst van de berekening negatief is, is er geen recht op zorgtoeslag.

In het afgelopen jaar (2014) is de standaardpremie lager vastgesteld dan in 2013, vooral als gevolg van een daling bij de gemiddelde nominale premie. Die dalende standaardpremie leidt tot een lagere zorgtoeslag bij vrijwel alle huishoudens. Relatief gaan deze huishoudens er niet op achteruit. Meer huishoudens met een relatief hoog inkomen ontvangen geen zorgtoeslag meer. Hierdoor is het aantal huishoudens met zorgtoeslag gedaald met 340.000.

Vraag 406:
Wat was de daling van de zorgtoeslag uitgesplitst in verschillende inkomensgroepen (minimum, 130% van het minimum, modaal)?

Antwoord 406:
In 2016 stijgt de zorgtoeslag voor vrijwel alle ontvangers met zorgtoeslag met ruim € 70, omdat de percentages die de hoogte van de zorgtoeslag bepalen in 2016 marginaal veranderen, terwijl de standaardpremie van 2015 op 2016 (op grond van de VWS-raming) met € 79 stijgt.

Vraag 407:
Wat zijn de omslagpunten van de zorgtoeslag vanaf 2006 t/m 2016?

Antwoord 407:
De zorgtoeslag is constant tot een inkomen ter hoogte van het belastbaar wettelijk minimumloon (WML). Bij een hoger inkomen daalt de zorgtoeslag. In onderstaande tabel staat het WML voor de gevraagde jaren.

Belastbaar wettelijk minimumloon

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Wettelijk minimumloon (in €)	17.494	17.905	18.496	19.135	19.528	19.890	20.079	19.043	19.253	19.463	19.759

Vraag 408:
Wat zijn de normpercentages van de zorgtoeslag vanaf 2006 t/m 2015 en wat is dit voor 2016?

Antwoord 408:
In onderstaande tabel staan de normpercentages (het percentage over het drempelinkomen) en de afbouwpercentages (het percentage over het inkomen dat boven het drempelinkomen uitgaat) voor de gevraagde jaren gesplitst naar een- en meerpersoonshuishoudens.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Normpercentage											
Eenpersoons-huishouden	3,5%	3,5%	3,5%	2,7%	2,7%	2,715%	2,93%	2,195%	2,41%	2,395%	2,38%
Meerpersoons-huishouden	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,015%	5,53%	4,695%	5,21%	5,265%	5,22%
Afbouwpercentage											
Een- en meerpersoons-huishoudens	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,03%	5,435%	8,713%	9,118%	13,4%	13,43%

Vraag 409:
Wat is de bezuinigingsdoelstelling van de zorgtoeslag?

Antwoord 409:
Recent is er niet besloten tot bezuinigingen op de zorgtoeslag. In het verleden zijn wel bezuinigingen in de zorgtoeslag verwerkt, die deels nog zijn doorwerking hebben na 2016.

Vraag 410:
Kunt u een overzicht sturen hoeveel mensen zorgtoeslag ontvangen vanaf 2006 t/m 2015 en dit overzicht voorzien van uw duiding?

Antwoord 410:
In onderstaande tabel staan de aantallen huishoudens en volwassenen met zorgtoeslag. De cijfers voor 2006 tot en met 2014 zijn afkomstig van de belastingdienst. De cijfers voor 2015 zijn afkomstig van het CPB. Uit de cijfers in de tabel blijkt dat het aantal huishoudens met zorgtoeslag eerst een aantal jaren is gestegen. Dit hing samen met de stijging van de standaardpremie. De laatste jaren is het aantal huishoudens met zorgtoeslag gedaald. Dit is het gevolg van de daling van de standaard-premie in 2014 en van beleidsmaatregelen gericht op het beperken van de zorgtoeslag tot huishoudens met relatief lage inkomens.

(Bedragen x € 1 miljoen)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Eenpersoonshuishoudens	3,4	3,3	3,5	3,6	3,8	4,0	4,0	3,8	3,5	3,3
Meerpersoonshuishoudens	1,4	1,3	1,4	1,4	1,4	1,5	1,5	1,3	1,3	0,8
Volwassenen	6,1	6,0	6,2	6,3	6,6	7,0	6,9	6,4	6,0	4,9

Vraag 411:
Wat is de maximale compensatie voor het eigen risico die iemand maximaal kan krijgen?

Antwoord 411:
Via de zorgtoeslag kan iemand maximaal € 299 compensatie krijgen in 2016. Dit betekent dat iemand op WML of uitkeringsniveau maximaal € 86 zelf aan eigen risico moet betalen.

Vraag 412:

Kunt u een overzicht geven van de netto-uitgaven aan zorgpremie en eigen risico voor iemand op het sociaal minimum voor de periode 2004–2015, rekening houdend met de zorgtoeslag?

Antwoord 412:
In onderstaande tabel staat de vergelijking voor de jaren 2005 tot en met 2016. Voor 2008 tot en met 2016 worden de netto-zorgpremies bepaald door de nominale premie, het eigen risico en de zorgtoeslag. In 2006 en 2007 betreft het de nominale premie, de no claimpremie, de no claimteruggave en de zorgtoeslag. Voor 2005 betreft het de nominale premie, de no claimpremie, de claimteruggave en de procentuele werknemerspremie. In 2004 betreft het de nominale premie en de procentuele werknemerspremie.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nominale premie (per jaar)	308	130	773	848	1.049	1.059	1.095	1.199	1.226	1.213	1.098	1.158	1.243
Procentuele premie	201	234											
Gemiddeld eigen risico[1]	–	177	151	154	109	112	119	123	149	215	232	238	241
Nominale premie + gemiddeld eigen risico	509	541	924	1.002	1.158	1.171	1.214	1.322	1.375	1.428	1.330	1.396	1.484
Zorgtoeslag	–	–	403	432	553	692	735	835	838	1.060	865	942	1.014
Per saldo betalen	509	541	521	570	605	479	479	487	537	368	465	454	470

[1] Voor 2005 tot en met 2007 is onder gemiddeld eigen risico de no claim premie minus de gemiddelde no claim teruggave verwerkt.

Vraag 413:
Hoeveel geld spendeert het Ministerie van VWS aan het EU-voorzitterschap? Kan dit per onderdeel gespecificeerd worden?

Antwoord 413:
De kosten voor het EU-voorzitterschap voor VWS zijn begroot op circa € 2,7 miljoen. Hier zal een bijdrage vanuit de Europese Commissie van circa € 0,6 miljoen tegenover staan, waarmee de netto kosten worden begroot op € 2,1 miljoen. Het voorzitterschap wordt georganiseerd binnen de bestaande personele en de financiële kaders. VWS zal 17 bijeenkomsten in Amsterdam organiseren en een zestigtal raadswerkgroepen in Brussel voorzitten. Hiernaast zal VWS als voorzitter, de EU vertegenwoordigen op de Speciale Zitting van de VN op het gebied van het drugsbeleid (New York) en bij de jaarvergadering van de WHO (Genève). Tijdens het laatste EU-voorzitterschap in 2004 was voor VWS circa € 4 miljoen begroot.

Begroting EU-voorzitterschap 2016 VWS:

Hotelkosten evenementen Amsterdam	€ 70.000
Cateringskosten evenementen Amsterdam	€ 350.000
Geschenken	€ 75.000[1]
Side events tijdens evenementen Amsterdam	€ 150.000
Vervoerskosten evenementen Amsterdam	€ 40.000
Inhuur evenementenbureau	€ 400.000
Drukwerk	€ 75.000
Aankleding zalen	€ 40.000
Extra kosten	€ 400.000
E-health week	€ 600.000
EU CELAC	€ 100.000
Post onvoorzien	€ 400.000
Totale kosten bruto	€ 2.700.000
Verwachte bijdrage Europese Commissie	€ 600.000
Totale kosten netto	€ 2.100.000

[1] Het gereserveerde bedrag voor gescheken is voor +/- 3000 gasten (2,5 euro per gast) en is conform de richtlijnen die BZ hiervoor heeft opgesteld.

Toelichting:

- Uitgangspunt is dat er geen hotelkosten worden vergoed voor bezoekers van ambtelijke conferenties, tenzij hier een bijzondere reden voor is. Bijvoorbeeld omdat de Europese Commissie hier expliciet geld voor ter beschikking stelt.
- Het gereserveerde bedrag voor geschenken is conform de lijn die interdepartementaal is afgesproken.
  Er wordt een evenementenbureau ingehuurd voor ondersteuning bij het organiseren van de conferenties.
- De extra kosten zijn met name extra reis-en verblijfskosten in het buitenland en kosten gemoeid met het interactief maken van de conferenties.
- De eHealth week is separaat begroot, aangezien dit evenement een coproductie is van VWS, HIMMS en de Europese Commissie.
- De EU CELAC is apart begroot, aangezien dit evenement niet kan worden georganiseerd op het MEA-terrein.
- Een post onvoorzien van 15% van de totale kosten, is ingeboekt.
- De bijdrage van de Europese Commissie wordt ingeschat op € 0,6 miljoen.

Vraag 414:
Waarom is er geen bijdrage meer aan agentschappen bij internationale samenwerking in 2016 en welke waren dit?

Antwoord 414:
De bijdrage aan agentschappen betreft de bijdrage aan het RIVM in het kader van het partnerschapsprogramma 2014–2017 met de World Health Organisation. Via het hierbij behorende allocatieplan 2014–2015 is dit voor deze jaren ingevuld. Voor 2016 en 2017 moet dit nog worden ingevuld in overleg met betrokken partijen.

Vraag 415:
Wat is de (financiële) situatie van het waarborgfonds? Hoeveel organisaties hebben er in 2015 daarvan gebruik gemaakt?

Antwoord 415:
Het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ) heeft 310 deelnemers en borgt in totaal circa € 8,2 miljard aan langlopende leningen en kasgeldleningen. Ultimo 2014 bedroeg het risicovermogen € 247 miljoen. Indien een instelling omvalt worden de rente- en aflossingsverplichtingen overgenomen en allereerst ten laste van het risicovermogen gebracht. Tot op heden is dit in 2015 niet gebeurd. Kredietbeoordelaar Standard & Poors (S&P) heeft op 31 juli 2015 in het kader van de periodieke herbeoordeling de AA+-rating met positieve outlook van het WFZ herbevestigd.

Vraag 416:
Op welke manier wil de Minister de overige materiële uitgaven van het kerndepartement met 23 miljoen euro laten dalen?

Antwoord 416:
De begrote materiële uitgaven van het kerndepartement zijn voor 2016 ongeveer gelijk aan de begrote uitgaven voor 2015. In de eerste suppletoire wet 2015 heeft op de materiële uitgaven voor 2015 een mutatie plaatsgevonden van per saldo € 32,2 miljoen Hiervan had onder andere € 23,4 miljoen betrekking op de Projectdirectie Anthonie van Leeuwenhoekterrein (PDAlt). Daarnaast is € 5,6 miljoen beschikbaar gesteld ten behoeve van investeringen in de generieke digitale infrastructuur binnen het interdepartementale programma Digitale overheid. Er ligt geen opgave om de overige materiële uitgaven te laten dalen.

Vraag 417:
Waaruit bestaan de ontvangsten van de apparaatsuitgaven, die een stuk lager zijn in 2016, en hoe dit komt?

Antwoord 417:
De ontvangsten op het apparaatsartikel in de begroting van 2016 zijn bijna gelijk aan die van de begroting van 2015. Dit zijn regulier terugkomende ontvangsten op het apparaatsartikel. Dit zijn onder andere ontvangsten van detacheringen, interne verrekeningen en ontvangsten ten behoeve van de WAO en WIA. Door mutaties in de eerste suppletoire wet 2015 is de ontvangstenraming voor dat jaar verhoogd naar € 21,2 miljoen. Deze mutaties zijn van toelichting voorzien bij de eerste suppletoire wet.

Vraag 418:
Hoe wordt de korting op apparaatskosten van de CIZ, CAK en ZiNL ingevuld? Zal dit ook de personele kosten betreffen?

Antwoord 418:
De korting voor het CIZ is verwerkt in het beschikbare financiële kader van VWS voor het CIZ. Vanuit dit financiële kader wordt aan het CIZ budget beschikbaar gesteld voor de uitoefening van hun (wettelijke) taken (vanuit dit budget betaald het CIZ ook de personele kosten). Het budget voor het CIZ is gedaald doordat de werklast van het CIZ door de invoering van de Wlz sterk is gedaald. De organisatie heeft hiervoor een omvangrijke afslankingsoperatie ondergaan. Voor de herinrichting van de organisatie heeft VWS in 2014 wel incidenteel extra middelen beschikbaar gesteld (frictiekosten).

De voorziene opgelegde taakstelling voor het Zorginstituut en het CAK betreft een korting voor 2016. Hierover is het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport met het Zorginstituut en het CAK in gesprek.

Vraag 419:
Op welke wijze wordt erop gestuurd dat de uitgesproken verwachting van de uitzetting van het budget voor externe inhuur binnen de perken blijft? Welke activiteiten worden ondernomen om onvoorziene actualiteiten zoveel mogelijk met eigen mensen in te vullen?

Antwoord 419:
VWS committeert zich aan de Rijksbrede norm van maximaal 10% externe inhuur. VWS heeft sinds een aantal jaren een systematiek ontwikkeld waarmee op de inhuur van externen wordt gestuurd.
In deze systematiek is het VWS-concern verdeeld in homogene eenheden met inhuurplafonds in euro's.
Maandelijks worden plafonds, realisaties en vastgelegde verplichtingen in een management-dash board gepresenteerd. Daarnaast maakt de inhuur van externen onderdeel uit van de gesprekken die plaats vinden in het kader van de planning- & controlcyclus.

Binnen VWS is de beleidslijn om bij behoefte aan extra capaciteit allereerst binnen de bestaande formatie te kijken, vervolgens van interim-functievervulling gebruik te maken binnen de eigen organisatie, daarna de mogelijkheden tot inbesteding te verkennen en pas in laatste instantie over te gaan tot het inhuren van extern personeel.

Vraag 420:
De zorgaanbieder is zelf verantwoordelijk voor een goede klachtprocedure die leidt tot een zorgvuldige en adequate manier van afhandeling van klachten. Kunt u een beschrijving geven hoe adequaat is gedefinieerd en

wat hiermee wordt beoogd? Op welke wijze worden de verwachtingen van de indiener van de klacht gemanaged?

Antwoord 420:
In april 2013 heeft er een brede veldconsultatie plaatsgevonden over de ontwikkeling van een kader voor beoordeling van de kwaliteit van de klachtbehandeling. Het voor een ieder toegankelijke Toetsingskader Klachtbehandeling Zorgaanbieders van de IGZ is hiervan het product. Met dit kader wordt een voor de cliënt toegankelijke en transparante klachtenprocedure beoogd die de zorgaanbieder in staat stelt om de kwaliteit van zijn zorgaanbod te borgen.

Het kader is gebaseerd op wetgeving (WKCZ) en de Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg van het CBO en bestaat uit vijf normen. Ze gaan respectievelijk over (1) beschikbaarheid, begrijpelijkheid en toegankelijkheid van de klachtenregeling, (2) cliëntgerichtheid van de klachtopvang en -afhandeling, (3) het sturen op zo volledig mogelijke managementinformatie over klachten, (4) gebruik ervan voor kwaliteitsverbetering en (5) de wettelijke vereisten voor de klachtencommissie die zich richten op onpartijdigheid en deskundigheid van de commissie.

De IGZ beschouwt een afhandeling van een klacht adequaat te zijn wanneer deze normen door de zorgaanbieder in acht zijn genomen. In dat geval handelt de zorgaanbieder een klacht af volgens procedures en termijnen in de eigen regeling en houdt hij de cliënt op de hoogte van tussenstappen en termijnen.

Vraag 421:
Hoeveel medicatie (in bedragen en aantal medicijnen) wordt er jaarlijks vernietigd na inlevering? Hoe is de ontwikkeling ten opzichte van eerdere jaren?

Antwoord 421:
De meest recente gegevens die beschikbaar zijn (op basis van onderzoek door RTL nieuws in 2012), schatten de hoeveelheid vernietigde medicatie op circa 150.000 kilogram. Dit betreft de geneesmiddelen, die zijn ingeleverd bij apotheken en die vervolgens worden vernietigd. De waarde van deze geneesmiddelen wordt geschat op circa € 100 miljoen. Ik heb geen recentere gegevens op basis van specifiek onderzoek.

In het kader van het Programma Verspilling wordt een aantal acties ondernomen om het aantal te vernietigen geneesmiddelen te verminderen. Belangrijk zijn dan het terughoudender voorschrijven en uitleveren van geneesmiddelen ten einde te voorkomen dat geneesmiddelen overblijven. Daarnaast wordt de mogelijkheid om geretourneerde geneesmiddelen opnieuw uit te geven verkent, rekening houdende met kwaliteitseisen.

De apotheek is het meest voor de hand liggende kanaal om niet-gebruikte geneesmiddelen naar terug te brengen. In sommige gemeenten moeten apotheken betalen voor het afvoeren van de bij hen ingeleverde medicijnen. Deze kosten kunnen voor de apotheker nogal oplopen. Apotheken dreigen daarom af te zien van hun rol als verzamelpunt, met alle gevolgen voor de reguliere afvalstromen van dien. Dit is onwenselijk.

Een aantal apotheken heeft met hun gemeente een regeling getroffen. De apotheker scheidt (alleen of met een groep apothekers) het ingezamelde afval. In ruil daarvoor levert de gemeente geschikte bakken en haalt het afval gratis op.

Via het programma Aanpak verspilling willen wij de werkwijze van deze voorlopers meer bekendheid geven door samen met de VNG, KNMP, en brancheverenigingen van afvalverwerkers proberen tot uniforme afspraken te komen en zo een bijdrage leveren aan het tegengaan van verspilling en aan een grotere medicatieveiligheid voor patiënten.

Vraag 422:
Hoeveel meldingen ontvangt de Inspectie voor de Gezondheidszorg jaarlijks met betrekking tot de ouderenzorg, gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg en ziekenhuiszorg?

Antwoord 422:
Het aantal meldingen is terug te vinden in de onderstaande tabel, uitgesplitst naar de gevraagde categorieën:

Programma/afdeling	2013	2014	2015 tot 1 sept
Gehandicaptenzorg	810	770	470
Geestelijke gezondheidszorg	980	900	410
Ouderenzorg en zorg thuis	1.330	1.080	690
Specialistische somatische zorg[1]	1.520	1.460	970

[1] Vanwege de wijze van registreren vallen hier niet alleen de meldingen onder die betrekking hebben de ziekenhuiszorg maar ook die betrekking hebben op particuliere klinieken.

Vraag 423:
Hebben de meldingen die de Inspectie voor de Gezondheidszorg binnenkrijgt betrekking op veel dezelfde problemen, zo ja welke problemen zijn dit?

Antwoord 423:
Het informatiesysteem van de IGZ is momenteel nog niet toegerust om een nadere analyse te geven van alle specifieke onderwerpen waarover bij de IGZ gemeld wordt. De IGZ werkt continu aan de verbetering van mogelijkheden op het gebied van data-analyse. Momenteel wordt er dan ook gewerkt aan de gefaseerde invoering van een nieuw informatiesysteem dat beter in staat zal zijn om meldingen en signalen op onderwerp te beoordelen.

Burgers die klachten hebben over de zorg kunnen voor advies en begeleiding terecht bij het Landelijk Meldpunt Zorg, dat organisatorisch onder de CIBG valt. Deze organisatie ging op 17 juli 2014 van start en ontving tot en met 31 december van dat jaar totaal 2.219 klachten.

Bijna tweederde van de klachten betreft de hoofdcategorieën professioneel handelen (509 klachten), veiligheid (459 klachten) en communicatie (429 klachten). Onder «professioneel handelen» vallen onder meer de categorieën «oneens met medisch handelen» en «diagnose gemist». «Veiligheid» omvat onder andere de klachtencategorieën «medicatie», «de staat van een gebouw of voorziening», «hygiëne» en «infectiepreventie». «Bejegening en dossiervoering» en «dossier-inzage» zijn voorbeelden van klachten die onder de hoofdcategorie «communicatie» vallen. Nadere informatie hierover is te raadplegen in het Klachtbeeld Landelijk Meldpunt Zorg 2014.

Vraag 424:
In hoeveel zorginstellingen, zowel curatief als care, is de hygiëne onder de maat? Is er sprake van een toename of afname van zorginstellingen met ondermaatse hygiëne?

Antwoord 424:
Steekproefsgewijs onderzoekt de IGZ in hoeverre hygiëne in de curatieve en langdurige zorg in orde is. De IGZ kan van het totaal aantal zorgaanbieders in het land echter niet aangeven bij hoeveel zorgaanbieders de hygiëne onder de maat is. Dit komt omdat de IGZ niet alle zorginstellingen in een jaar bezoekt en hygiëne geen standaard onderwerp is tijdens de bezoeken.

Wel heeft de inspectie onlangs geconstateerd dat in de intramurale ouderenzorg de hygiëne bij het eerste bezoek vaak niet op orde is, maar dat verbeteringen snel waren te realiseren. Zowel uit recente bezoeken als uit de rapportage van de IGZ blijkt dat ziekenhuizen zich blijven verbeteren op het gebied van hygiëne. De IGZ blijft de komende jaren vorderingen op dit terrein volgen, in de curatieve zorg als in de langdurige zorg.

Vraag 425:
In hoeveel zorginstellingen, zowel curatief als care, is er vanwege personeelsgebrek gemeld dat kwaliteit onder de maat is?

Antwoord 425:
Het informatiesysteem van de IGZ is momenteel nog niet toegerust om een nadere analyse te geven van alle specifieke onderwerpen waarover bij de IGZ gemeld wordt. De IGZ werkt continu aan de verbetering van mogelijkheden op het gebied van data-analyse. Momenteel wordt er dan ook gewerkt aan de gefaseerde invoering van een nieuw informatiesysteem dat beter in staat zal zijn om meldingen en signalen op onderwerp te beoordelen.

Vraag 426:
In hoeveel zorginstellingen is er geweld gemeld, onder bewoners, naar personeel of beiden? Hoe is daar opvolging aan gegeven?

Antwoord 426:
Het informatiesysteem van de IGZ is momenteel nog niet toegerust om een nadere analyse te geven van alle specifieke onderwerpen waarover bij de IGZ gemeld wordt. De IGZ werkt continu aan de verbetering van mogelijkheden op het gebied van data-analyse. Momenteel wordt er dan ook gewerkt aan de gefaseerde invoering van een nieuw informatiesysteem dat beter in staat zal zijn om meldingen en signalen op onderwerp te beoordelen.

Vraag 427:
Hoeveel Wob-verzoeken zijn er gedaan aan het ministerie en ZBO's? Hoeveel door burgers, hoeveel door media, hoeveel op tijd of te laat, aard en omvang van de bezwaren en aangespannen rechtszaken?

Antwoord 427:
Er zijn 185 Wob-verzoeken ingediend bij het ministerie. Mij is niet bekend hoeveel er bij de ZBO's op VWS-terrein zijn ingediend. Wob-verzoeken bij een ZBO worden door het betrokken bestuursorgaan afgehandeld.

Er zijn 26 Wob-verzoeken ingediend door de media. De overige 159 door (vertegenwoordigers van) een burger of door een belangencollectief.

Op ongeveer de helft van het aantal verzoeken die met een besluit worden afgehandeld, wordt binnen de wettelijke termijnen gereageerd.

In 2014 zijn er 24 bezwaarschriften ingediend naar aanleiding van een Wob-besluit. Het aantal aangespannen rechtszaken (voorlopige voorziening, beroep en hoger beroep) in 2014 betreft 18.

Over het algemeen kan worden aangegeven dat er vooral wordt geageerd tegen de weigering om de gevraagde informatie openbaar te maken ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer, het belang van inspectie, controle en toezicht en het interne beraad.

Meer uitgebreide informatie is opgenomen in de aan de Tweede Kamer gezonden Rapportage burgerbrieven VWS 2014 van 4 mei 2015 (TK 29 362, nr. 243).

Vraag 428:
Wat is het aandeel juristen en beleidsmedewerkers bij IGZ, Zinl, Nza en is er voldoende tijd en aandacht voor inhoud?

Antwoord 428:
De NZa heeft momenteel 15 juristen en 218 beleidsmedewerkers in dienst. De totale formatie van de NZa bedraagt begin 2015 425 fte.
Het Zorginstituut kent geen functie «beleidsmedewerker». In de begroting 2015 van het Zorginstituut is 2,42 fte opgenomen voor de afdeling juridische zaken. De totale formatie van het Zorginstituut bedraagt begin 2015 430 fte.
De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft 25 juridisch medewerkers (juristen en ondersteuners) en 10 beleidsadviseurs in dienst. De totale formatieve ruimte van de Inspectie is op dit moment 575 fte.

De werkzaamheden van de juristen en beleidsmedewerkers in deze organisaties zijn in de meeste gevallen direct gerelateerd aan de (wettelijke) taken, en daarmee gerelateerd aan de primaire processen van de organisaties. De activiteiten van de meeste van bovenstaande medewerkers staan ten dienste van het primaire proces of de inhoud van de organisatie.

Vraag 429:
Hoeveel budget is gereserveerd voor preventie door vergroening van de leefomgeving en op welke wijze wordt dat besteed?

Antwoord 429:
In het komende jaar is er geen budget gereserveerd voor preventie door vergroening van de leefomgeving. Het project op dit terrein, dat in samenwerking met het Ministerie van Economische Zaken is uitgevoerd, wordt eind 2015 afgerond.

Vraag 430:
Welke meetbare doelen moeten in 2015 gerealiseerd zijn met betrekking tot preventie door het vergroenen van de leefomgeving?

Antwoord 430:
Het project, dat in samenwerking met het Ministerie van Economische Zaken op dit terrein is uitgevoerd, heeft zich (ook in 2015) met name gericht op de kennisverbreding. Dit is noodzakelijk om in de toekomst inzicht te krijgen welke meetbare doelen relevant zijn voor preventie door het vergroenen van de leefomgeving. U wordt hierover via de voortgangsrapportage Nationaal Programma Preventie geïnformeerd, die jaarlijks in januari naar de Kamer wordt gestuurd.

Vraag 431:
Hoeveel budget is er gereserveerd voor het stimuleren van groene schoolpleinen?

Antwoord 431:

In 2016 worden de laatste «gezonde schoolpleinen» gerealiseerd. Hiervoor wordt in 2016 € 1,2 miljoen besteed, daarnaast wordt € 0,1 miljoen ingezet voor het monitoren van het proces van het programma Gezonde Schoolpleinen. In 2016 zullen 70 voorbeeldschoolpleinen gerealiseerd zijn, waar ingezet is op een rookvrij, beweegvriendelijke en groene omgeving bij een Gezonde School. Deze schoolpleinen kunnen vervolgens tot voorbeeld dienen voor gemeenten en andere scholen.

Vraag 432:
Op welke wijze is de taakstelling van 48,030 miljoen euro in 2015 op pagina 114 ingevuld?

Antwoord 432:
Aan het begin van een begrotingsjaar is niet altijd te voorspellen waar onderuitputting zich zal voordoen. Met de post taakstellende onderuitputting wordt de onderuitputting achteraf toebedeeld aan specifieke begrotingsposten wanneer bekend is waar de onderuitputting zich voordoet. Net als in voorgaande jaren wordt de taakstelling in 2015 hetzij bij Tweede suppletoire begroting hetzij bij Slotwet ingevuld, als er concreet zicht is op het hoe en waarom van lagere uitgaven op artikelniveau.

De taakstellende onderuitputting wordt afgebouwd met een redelijke overgangsperiode. Dit leidt ertoe dat de taakstellende onderuitputting vanaf 2017 nul is.

Vraag 433:
Op welke wijze wordt de taakstelling van 17,397 miljoen euro in 2016 op pagina 114 ingevuld?

Antwoord 433:
Aan het begin van een begrotingsjaar is niet altijd te voorspellen waar onderuitputting zich zal voordoen. Met de post taakstellende onderuitputting wordt de onderuitputting achteraf toebedeeld aan specifieke begrotingsposten wanneer bekend is waar de onderuitputting zich voordoet. Net als in voorgaande jaren zal de taakstelling in 2016 hetzij bij Tweede suppletoire begroting hetzij bij Slotwet worden ingevuld, als er concreet zicht is op het hoe en waarom van lagere uitgaven op artikelniveau.

Bij VWS is de taakstellende onderuitputting in het verleden groter geweest. Deze wordt afgebouwd met een redelijke overgangsperiode. Dit leidt ertoe dat de taakstellende onderuitputting vanaf 2017 nul is

Vraag 434:
Kan onderzocht worden of het voor de diagnostiek, net zoals voor geneesmiddelen, mogelijk is een gestandaardiseerd systeem in te stellen waar op basis van wetenschappelijke bewijzen wordt bepaald of diagnostische testen worden goedgekeurd? Kan de Minister hierbij de organisatie NICE in Groot-Brittannië als voorbeeld nemen?

Antwoord 434:
Diagnostische test moeten voldoen aan Europese regels. Daarnaast is het zo dat de beroepsgroep de diagnostische testen zelf goedkeurt via door de beroepsgroep gemaakte richtlijnen die zijn gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek.

Vraag 435:
Hoe omvangrijk zijn de investering in de ICT bij het CIBG, die ervoor moeten zorgen dat de organisatie up-to-date blijft? Welke plannen liggen

er nu om de ICT te verbeteren en wanneer ontvangt de Tweede Kamer die plannen?

Antwoord 435:
Omdat ICT-ontwikkelingen snel gaan en steeds complexer worden en gespecialiseerde ict-dienstverleners beschikken over de benodigde kennis en kunde is gekozen de benodigde ondersteuning op het gebied van ICT bij een gespecialiseerde partij in te kopen, namelijk de Dienst ICT Uitvoering (DICTU, de ICT-organisatie van het Ministerie van Economische Zaken).
De overgang naar DICTU zal zorgvuldig en geleidelijk gaan. Op deze manier kunnen DICTU en het CIBG er samen voor zorgen dat de benodigde ICT up-to-date blijft. Ik verwijs u voor de plannen naar mijn brief die ik u op 30 juni 2015 aan uw kamer (TK 33 149 nr. 133) heb gezonden.

Vraag 436:
Waarom nemen de uitgaven aan de UZI-pas/certificaat van 34,6 miljoen euro in 2015 naar 41,1 miljoen euro in 2016 toe?

Antwoord 436:
De cijfers die genoemd staan in de vraag hebben betrekking op het toegenomen productievolume en zien niet op gestegen kosten. In het in paragraaf 2.4 opgenomen overzicht van doelmatigheidsindicatoren CIBG (zie pagina 124) is bij het product «UZI-pas/certificaat» opgenomen dat het productie-volume van 34.600 stuks naar 41.100 stuks zal stijgen. Deze stijging wordt verwacht omdat 3 jaar geleden in 2013 een zeer groot aantal UZI-passen is aangevraagd (als gevolg van de invoering van de tarifering van de UZI-passen). Een UZI-pas is 3 jaar geldig. Om die reden wordt in 2016 een stijging verwacht van de productie.

Vraag 437:
Waar zijn in de begroting de kosten in 2016 voor de projectdirectie Antonie van Leeuwenhoekterrein gebleven, en hoeveel bedragen deze kosten?

Antwoord 437:
Bij de opheffing van het agentschap Nederlands Vaccin Instituut (NVI) eind 2012 zijn de resterende activiteiten van het NVI samengevoegd met vaccinologietaken van het RIVM. Deze onderdelen zijn ondergebracht in de tijdelijke projectdirectie Antonie van Leeuwenhoekterrein (PD ALt). De geraamde uitgaven 2016 worden bekostigd vanuit verschillende begrotingsartikelen en bedragen in totaal circa € 15 miljoen. Het betreffen geraamde uitgaven voor onder andere de ontwikkeling van het RSV-vaccin, onderzoek naar alternatieven voor dierproeven en vaccinonderzoek. In 2016 zullen de resterende taken van de tijdelijke projectdirectie op het terrein van vaccinonderzoek (Intravacc) hun definitieve organisatievorm krijgen.

Vraag 438:
Hoeveel ambtenaren werken op het Ministerie van VWS? Kunt u uitsplitsen hoeveel daarvan in vaste dienst, tijdelijk, flex zijn?

Antwoord 438:
Onder het Ministerie van VWS vallen naast het kerndepartement, de agentschappen (RIVM, CIBG en aCBG), de inspecties (IGZ, IJZ), het Sociaal en Cultureel Planbureau en de raden en commissies. Hier werken in totaal 4.440 ambtenaren. Dit zijn 1.211 ambtenaren bij het kerndepartement en 3.229 ambtenaren bij de overige diensten (peildatum 30 september 2015). Van de in totaal 4.440 ambtenaren hebben 4.069 een vaste aanstelling en

371 een tijdelijke aanstelling. Binnen de kaders van het ARAR is een flexibele aanstelling niet mogelijk. Wel zijn er projectleiders en programmamanagers die flexibel worden ingezet op tijdelijke projecten of werkzaamheden. Het gaat bij benadering om 45 medewerkers die een vaste of tijdelijke aanstelling hebben en die zijn meegenomen in bovenstaande cijfers.

Vraag 439:
Wat is het ziekteverzuim op het Ministerie van VWS?

Antwoord 439:
Het verzuimpercentage van VWS was in 2014: 4,1%. Dit cijfer is ook meerjarig terug te vinden in de Jaarrapportage Bedrijfsvoering Rijk 2014 (bron: P-direkt).

Vraag 440:
Hoeveel inhoudelijk beleidsmedewerkers in FTE zijn er?

Antwoord 440:
Binnen VWS (inclusief agentschappen, inspecties, SCP, raden en commissies) zijn in totaal 494 FTE werkzaam als beleidsmedewerker. Hiervan werken 375 FTE als (senior) beleidsmedewerker, 37 FTE als beleidsondersteuner en 82 FTE als coördinerend beleidsmedewerker.

Vraag 441:
Hoe groot (in personen en FTE) is de afdeling communicatie van het Ministerie van VWS?
Hoe is de afdeling communicatie opgebouwd? Hoeveel mensen zijn er voor media, hoeveel voor contact met burgers, hoeveel voor contacten in het veld?

Antwoord 441:
De vaste formatie van de directie Communicatie is 40,27 fte. Binnen deze formatie werken 43 personen. Daarnaast zijn er nog 3 fte (3 personen) met een tijdelijk aanstelling.

De afdeling Communicatie is als volgt opgebouwd (inclusief de 3 fte met een tijdelijke aanstelling):
- Staf/secretariaat/bedrijfsvoering: 6,66 fte/ 7 personen
- Beleidscommunicatie: 21,83 fte/23 personen
- Publiekscommunicatie: 8,53 fte/9 personen
- Onderzoek/monitoring: 3,8 fte/4 personen
- Interne communicatie en corporate: 2,45 fte/3 personen

Binnen de afdeling Beleidscommunicatie werken 9,94 fte/10 personen voor de media en 6,36 fte/7 personen voor contacten in de zorgsector. Binnen de afdeling Publiekscommunicatie werken 3,64 fte/4 personen voor burgercontacten.

Vraag 442:
Hoeveel persvoorlichters (personen en FTE) heeft het Ministerie van VWS?

Antwoord 442:
De directie Communicatie heeft 5,94 fte (6 personen) persvoorlichters.

Vraag 443:
Wat waren de kosten van de reclamecampagne Nederland verandert, de zorg verandert mee?

Antwoord 443:
De totale kosten van de reclamecampagne «Nederland verandert, de zorg verandert mee» waren circa € 3,6 miljoen. Deze kosten zijn opgebouwd uit het ontwikkeling en productie van Radio en TV-spots, het inkopen van zendtijd, communicatieonderzoek en concept- en pre-testen.

Vraag 444:
Kunt u een overzicht sturen met de jaarlijkse uitgaven aan zorg vanaf 2000 t/m
2015 in zijn totaal en uitgesplitst per wet: Zvw, AWBZ/Wlz, Jeugdzorg en Wmo?

Antwoord 444:
In de onderstaande tabel zijn de jaarlijkse zorguitgaven onder het Budgettair kader Zorg (BKZ) vanaf het jaar 2000 tot en met 2015 opgenomen. Deze zorguitgaven zijn uitgesplitst in Zvw, AWBZ/Wlz, Wmo, Wmo 2015 en Jeugdwet. De Wmo is ingegaan in het jaar 2007. De Wmo 2015 en Jeugdwet zijn ingegaan in 2015. Door een aantal overhevelingen vanuit met name de AWBZ naar de Zvw, de WMO 2015 en de Jeugdwet is in 2015 sprake van forse verschuivingen tussen de deelsectoren.

In aanvulling op deze tabel zijn in de VWS-begroting 2016 de BKZ-uitgaven in diverse tabellen over verschillende jaren uitgesplitst per sector en financieringsbron.

- In tabel 11 (pagina 160) zijn de begrotingsgefinancierde BKZ-uitgaven over de jaren 2015 tot en met 2020 uitgesplitst in Wmo, Wmo 2015, Jeugdwet en overig begrotingsgefinancierd.
- In tabel 11a (pagina 160) is het totale macrobudget Wmo 2015 en de Jeugdwet over de jaren 2015 tot en met 2020 opgenomen.
- In tabel 19 (pagina 176 en 177) zijn de BKZ-uitgaven over de jaren 2011 tot en met 2014 per sector uitgesplitst.
- In tabel 20 (pagina 178) zijn de BKZ-uitgaven over de jaren 2006 tot en met 2016 per financieringsbron (Zvw, AWBZ/Wlz en begrotingsgefinancierd) uitgesplitst.

Tabel ontwikkeling van de BKZ-uitgaven en -ontvangsten 2000–2015 (bedragen x € 1 miljoen)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010 [1]	2011	2012	2013	2014	2015 [2]
BKZ-uitgaven en -ontvangsten actuele VWS-stand																
Zorgverzekeringswet (Zvw)																
Bruto-uitgaven	18.126	20.028	22.286	23.499	23.696	24.299	25.293	26.077	31.465	33.756	35.474	35.983	36.637	39.539	40.026	43.360
Ontvangsten	727	870	799	538	449	2.047	2.053	2.047	1.311	1.364	1.481	1.499	1.932	2.666	3.125	3.218
Netto-uitgaven	17.400	19.158	21.487	22.961	23.247	22.253	23.240	24.030	30.155	32.392	33.993	34.484	34.705	36.873	36.901	40.142
Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en Wet langdurige zorg (Wlz)																
Bruto-uitgaven	14.581	16.212	18.420	20.168	21.179	22.206	22.996	22.852	21.806	23.221	24.135	25.222	27.865	27.451	27.840	19.851
Ontvangsten	1.645	1.559	1.600	1.835	1.755	1.788	1.795	1.618	1.618	1.594	1.478	1.620	1.697	1.928	1.995	1.891
Netto-uitgaven	12.936	14.653	16.821	18.334	19.424	20.418	21.201	21.235	20.188	21.627	22.657	23.603	26.169	25.523	25.846	17.959
Begrotingsgefinancierde BKZ-uitgaven																
Integratie-uitkering Wmo/ huishoudelijke verzorging[3]	–	–	–	–	–	–	–	1.411	1.475	1.533	1.541	1.456	1.511	1.561	1.714	1.259
Integratie-uitkering Sociaal domein deel Wmo 20154	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	3.544
Huishoudelijke hulp toeslag	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	129
Jeugdwet[4]	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2.034
Overig begrotingsgefinancierd	1.935	2.205	2.394	0	0	50	35	636	783	824	1.327	1.820	1.893	594	577	437
Bruto-uitgaven	1.935	2.205	2.394	0	0	50	35	2.047	2.258	2.357	2.868	3.276	3.405	2.155	2.291	7.402
Ontvangsten	262	190	0	0	0	0	0	0	39	63	73	51	21	0	0	0
Netto-uitgaven	1.673	2.015	2.394	0	0	0	35	2.047	2.219	2.294	2.794	3.226	3.384	2.155	2.291	7.402
Bruto-BKZ-uitgaven	34.642	38.444	43.101	43.668	44.875	46.555	48.323	50.977	55.530	59.335	62.476	64.481	67.907	69.146	70.157	70.612
BKZ-ontvangsten	2.634	2.619	2.399	2.373	2.204	3.835	3.847	3.665	2.968	3.022	3.032	3.170	3.650	4.594	5.120	5.109

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010 [1]	2011	2012	2013	2014	2015 [2]
Netto-BKZ-uitgaven	32.009	35.826	40.702	41.295	42.671	42.671	44.476	47.312	52.562	56.313	59.444	61.312	64.257	64.551	65.038	65.503

[1] Exclusief de eenmalige stimuleringsimpuls voor de bouw uit het aanvullend coalitieakkoord Balkenende IV (€ 320 miljoen) die niet aan het BKZ is toegerekend.
[2] Per ingaande 2015 is de Wet langdurige zorg in werking getreden.
[3] De Wmo is ingegaan in 2007.
[4] De Wmo 2015 en Jeugdwet zijn ingegaan in 2015. De bedragen in de tabel betreffen alleen het deel van de BKZ-uitgaven. Op pagina 160 van de VWS-begroting 2016 is in tabel 11a het totale macrobudget Wmo 2015 en de Jeugdwet opgenomen.

Bron: Actuele VWS-stand

Vraag 445:
Hoeveel is er sinds het aantreden van kabinet Rutte I en Kabinet Rutte II bezuinigd op zorg? Kunt u hiervan een overzicht sturen per bezuinigingsmaatregel?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 447.

Vraag 446:
Hoeveel is er sinds het aantreden van Kabinet Rutte I en Kabinet Rutte II geïnvesteerd in de zorg? Kunt u hiervan een overzicht sturen per maatregel?

Antwoord:
Zie het antwoord op vraag 447.

Vraag 447:
Kunt u een overzicht sturen van de bezuinigingen, uitgesplitst per Wmo, AWBZ/Wlz, Zvw en Jeugdzorg van de afgelopen jaren en voor het komende jaar?

Antwoord:
Onderstaand overzicht geeft het totaal aan beleidsmatige mutaties (maatregelen en intensiveringen) in het Budgettair Kader Zorg dat sinds het aantreden van het Kabinet Rutte I is getroffen. De maatregelen en intensiveringen zijn uitgesplitst naar de verschillende domeinen. De budgettaire oploop is in beeld gebracht tot en met het jaar 2017. Het basispad dient in deze opstelling als uitgangspunt. De groei van het basispad zelf wordt niet beschouwd als intensivering, maar betreft wel groei die voor de zorg beschikbaar is.

De overhevelingen tussen de verschillende domeinen per 1 januari 2015 die samenhangen met de hervorming langdurige zorg zijn aangemerkt als technische mutaties en zijn daarom niet opgenomen in dit overzicht. Het gaat hierbij om de overhevelingen vanuit de AWBZ naar de Zvw, de Wmo- en het Jeugddomein.

De voornaamste maatregelen in de Zvw hangen samen met de afgesloten hoofdlijnenakkoorden en het succesvolle preferentiebeleid op het terrein van de genees- en hulpmiddelen. De budgettaire ruimte als gevolg van deze maatregelen kon worden ingezet om de taakstelling op de lage ziektelast te mitigeren. In de langdurige zorg hangen de voornaamste maatregelen samen met de hervorming van de langdurige zorg. Zo is de aanspraak voor de functie begeleiding beperkt en is de Wlz op 1 januari 2015 ingevoerd. Daarnaast is sprake van maatregelen die onder andere samenhangen met enkele verzachtingen (waaronder de zachte landing HLZ), besparingsverliezen als gevolg van de vertraging in de extramuralisering en tegenvallers bij het persoonsgebonden budget.

Alle hieronder gepresenteerde maatregelen en intensiveringen hebben betrekking op het Budgettair Kader Zorg. De maatregelen en intensiveringen zijn eerder aan de Kamer gepresenteerd in de verschillende VWS-begrotingen. Voor de volledigheid vindt u hieronder een overzicht van de betreffende Kamerstukken en bijbehorende paginanummers.

– Startnota (TK 32 500 XVI, nr. 29)
– OW 2012 (TK 33 000 XVI, nr. 2), pagina 178 en 179
– OW 2013 (TK 33 400 XVI, nr. 2), pagina 152, 161, 165 en 166
– OW 2014 (TK 33 750 XVI, nr. 2), pagina 171, 183, 188 en 190
– OW 2015 (TK 34 000 XVI, nr. 2), pagina 156, 157, 167, 168, 173 en 176
– OW 2016 (TK 34 300 XVI, nr. 2), pagina 146, 153, 156 en 159

Overzicht maatregelen en intensiveringen startnota (bedragen x € 1 miljoen)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Maatregelen						
Zvw	**– 242,0**	**– 312,0**	**– 362,0**	**– 1.782,0**	**– 1.902,0**	**– 1.902,0**
Maatregelen marktwerking curatieve zorg	0	0	– 40,0	– 90,0	– 130,0	– 130,0
Verlagen aantal vergoedezittingen eerstelijns psycholoog	– 10,0	– 10,0	– 10,0	– 10,0	– 10,0	– 10,0
Doelmatigheidsmaatregelen GGZ	0,0	0,0	0,0	0,0	– 50,0	– 50,0
Driedrempelvariant eigen bijdrage GGZ	– 40,0	– 40,0	– 40,0	– 40,0	– 40,0	– 40,0
GGZ sector verschuiving	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Stimuleren zelfmanagement cliënt (E-health) en versterking eerstelijns GGZ	0,0	0,0	0,0	– 50,0	– 50,0	– 50,0
Zelf betalen no-show GGZ	– 20,0	– 20,0	– 20,0	– 20,0	– 20,0	– 20,0
Korting geneesmiddelenkader cf Regeerakkoord	– 32,0	– 32,0	– 32,0	– 32,0	– 32,0	– 32,0
pakketaanpassing fysiotherapie	– 30,0	– 30,0	– 30,0	– 30,0	– 30,0	– 30,0
Afschaffen werelddekking (buiten de EU)	– 30,0	– 60,0	– 60,0	– 60,0	– 60,0	– 60,0
Toetsen of uitgaven van verzekeraars conform het verzekerde basispakket zijn	– 40,0	– 40,0	– 40,0	– 40,0	– 40,0	– 40,0
Vooraf besluitvorming toelating tot het collectief verzekerde basispakket	– 30,0	– 40,0	– 50,0	– 70,0	– 70,0	– 70,0
IVF uit het basispakket	0,0	– 30,0	– 30,0	– 30,0	– 30,0	– 30,0
Verbeteren governance en het beperken van gouden handdrukken.	– 10,0	– 10,0	– 10,0	– 10,0	– 40,0	– 40,0
Verzekerde prestaties gericht op behandeling van een lage ziektelast uit het basispakket	0,0	0,0	0,0	– 1.300,0	– 1.300,0	– 1.300,0
AWBZ	**– 20,0**	**– 80,0**	**– 260,0**	**– 834,0**	**– 959,0**	**– 959,0**
Revalidatiezorg	0,0	0,0	0,0	– 50,0	– 50,0	– 50,0
Overheveling dagbesteding en begeleiding naar Wmo	0,0	– 20,0	– 140,0	– 140,0	– 140,0	– 140,0
scheiden wonen en zorg	0,0	0,0	0,0	– 100,0	– 140,0	– 140,0
beperken doelgroep AWBZ (IQ-maatregel)	– 20,0	– 60,0	– 120,0	– 210,0	– 250,0	– 250,0
Overhevelen zorg voor jeugd naar gemeenten	0,0	0,0	0,0	– 54,0	– 99,0	– 99,0
compensatie eigen bijdrage?	0,0	0,0	0,0	– 32,9	– 32,9	– 32,9
opbrengst eigen risico	0,0	0,0	0,0	– 247,1	– 247,1	– 247,1
Overig begrotingsgefinancierd	**– 10,3**	**– 4,2**	**– 6,6**	**– 11,6**	**– 11,6**	**– 11,6**
loon- en prijsbijstelling	– 10,0	– 10,0	– 10,0	– 10,0	– 10,0	– 10,0
Overig	– 0,3	5,8	3,4	– 1,6	– 1,6	– 1,6
Intensiveringen						
Zvw	**46,7**	**192,8**	**131,0**	**233,9**	**280,0**	**280,0**
Naar aanvullende verzekeringen overhevelen van aandoeningen met lage ziektelast (doorwerking op compensatie eigen risico)	0,0	0,0	0,0	32,9	32,9	32,9
Naar aanvullende verzekeringen overhevelen van aandoeningen met lage ziektelast (doorwerking op eigen risico)	0,0	0,0	0,0	247,1	247,1	247,1
Overig	46,7	192,8	131,0	– 46,1	0,0	0,0
AWBZ/Wlz	**810,7**	**913,4**	**870,2**	**741,3**	**778,0**	**778,0**
Tariefsverhoging intramurale zorg (GHZ, V&V, GGZ)	142,0	142,0	142,0	142,0	142,0	142,0
ZZP	636,0	636,0	636,0	636,0	636,0	636,0

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Overig	32,7	135,4	92,2	– 36,7	0,0	0,0
Overig begrotingsgefinancierd	**20,0**	**20,0**	**20,0**	**20,0**	**20,0**	**20,0**
nog in te vullen maatregelen	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0

Overzicht maatregelen en intensiveringen OW 2012 (bedragen x € 1 miljoen)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Maatregelen						
Zvw	**– 1.261,2**	**– 1.257,2**	**– 1.239,2**	**– 1.239,2**	**– 1.239,2**	**– 1.239,2**
Tariefmaatregel huisartsen	– 132	– 132	– 132	– 132	– 132	– 132
Hoofdlijnenakkoord instellingen voor medisch specialistische zorg	– 265	– 265	– 265	– 265	– 265	– 265
Korting academische component	– 10	– 20	– 30	– 40	– 40	– 40
Afzien van pakketopname beweegkuur	– 69	– 30	– 19	– 9	– 9	– 9
Pakketuitname dieetadvisering	– 42	– 42	– 42	– 42	– 42	– 42
Pakketuitname maagzuurremmers	– 75	– 75	– 58	– 58	– 58	– 58
Pakketuitname stoppen met roken	– 20	– 20	– 20	– 20	– 20	– 20
Tariefkorting logopedie	– 6	– 6	– 6	– 6	– 6	– 6
Maatregel fysiotherapie	– 50	– 50	– 50	– 50	– 50	– 50
Tariefmaatregel verloskunde	– 4	– 4	– 4	– 4	– 4	– 4
Kosten oneigenlijk gebruik SEH verhalen op patiënt	0	– 10	– 10	– 10	– 10	– 10
Maatregel farmaceutische hulp	– 42	– 57	– 57	– 57	– 57	– 57
Maatregelen ggz	– 393	– 393	– 393	– 393	– 393	– 393
Rechtmatigheid Zvw	– 7	– 7	– 7	– 7	– 7	– 7
Eigen bijdrage Zvw	– 146,2	– 146,2	– 146,2	– 146,2	– 146,2	– 146,2
AWBZ	**– 139**	**– 310**	**– 863**	**– 939**	**– 939**	**– 939**
Maatregel persoonsgebonden budgetten	– 119	– 290	– 843	– 919	– 919	– 919
Inzet taakstellende intensiveringsmiddelen	– 20	– 20	– 20	– 20	– 20	– 20
Overig begrotingsgefinancierd	**0**	**– 250**	**– 250**	**– 250**	**– 250**	**– 250**
Inkomensafhankelijke Wtcg	0	– 250	– 250	– 250	– 250	– 250
Intensiveringen						
Zvw	**351,6**	**334,2**	**357,6**	**381,0**	**381,0**	**381,0**
Verlaging eerdere korting ziekenhuizen	235,2	235,2	235,2	235,2	235,2	235,2
Verlaging eerdere tariefskorting medisch specialisten	42,4	42,4	42,4	42,4	42,4	42,4
Invoering darmkankerscreening	0	16,6	40	61,4	61,4	61,4
Hulpmiddelen	20	20	20	20	20	20
Ramingbijstelling eigen risico Zvw	54	20	20	22	22	22
AWBZ/Wlz	**134**	**151**	**129,5**	**115**	**115**	**115**
Ramingsbijstelling kapitaallasten	34	52	30,5	16	16	16
Niet doorgaan maatregel minimale eigen betalingen AWBZ	80	80	80	80	80	80
Besparingsverlies beperken doelgroep AWBZ (IQ-maatregel)	20	0	0	0	0	0
Ramingbijstelling eigen bijdrage AWBZ	0	19	19	19	19	19
Overig begrotingsgefinancierd	**65,2**	**65,2**	**64,5**	**64,1**	**64,1**	**64,1**
Caribisch Nederland	15,2	15,2	14,5	14,1	14,1	14,1
Tekort budget Wtcg	50	50	50	50	50	50

Overzicht maatregelen en intensiveringen OW 2013 (bedragen x € 1 miljoen)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Maatregelen						
Zvw	**0,0**	**– 997,0**	**– 1.042,0**	**– 1.042,0**	**– 1.042,0**	**– 1.042,0**
Bestuurlijk akkoord curatieve ggz	0,0	– 75,0	– 100,0	– 100,0	– 100,0	– 100,0
Rollator en overige eenvoudige loophulpmiddelen uit het basispakket	0,0	– 20,0	– 20,0	– 20,0	– 20,0	– 20,0
Aanpassing tarieven kaakchirurgie	0,0	0,0	– 20,0	– 20,0	– 20,0	– 20,0
Overheveling FZO naar de VWS begroting	0,0	– 20,0	– 20,0	– 20,0	– 20,0	– 20,0

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Eigen bijdrage verpleegdag 7,50 euro instellingen medisch specialistische zorg	0,0	– 55,0	– 55,0	– 55,0	– 55,0	– 55,0
Nieuwe bekostiging hoortoestellen	0,0	– 27,0	– 27,0	– 27,0	– 27,0	– 27,0
Verhogen eigen risico tot 350 euro met compensatie lage inkomens	0,0	– 800,0	– 800,0	– 800,0	– 800,0	– 800,0
AWBZ	**0,0**	**– 790,0**	**– 820,0**	**– 870,0**	**– 970,0**	**– 970,0**
Extramuralisering AWBZ	0,0	– 20,0	– 50,0	– 100,0	– 200,0	– 200,0
Onder contracteerruimte brengen van bovenbudgettaire vergoedingen	0,0	– 40,0	– 40,0	– 40,0	– 40,0	– 40,0
Ongedaan maken tariefsverhoging 5% PGB intramuraal	0,0	– 30,0	– 30,0	– 30,0	– 30,0	– 30,0
Ongedaan maken verhoging ZZP-tarief ggz/ghz	0,0	– 280,0	– 280,0	– 280,0	– 280,0	– 280,0
Verlaging groeiruimte tot niveau demografie	0,0	– 150,0	– 150,0	– 150,0	– 150,0	– 150,0
Verlaging vergoeding vervoerskosten instellingen	0,0	– 150,0	– 150,0	– 150,0	– 150,0	– 150,0
Verlaging budget Wmo vermogensinkomensbijtelling	0,0	– 34,0	– 34,0	– 34,0	– 34,0	– 34,0
Vermogensinkomensbijtelling AWBZ	0,0	– 86,0	– 86,0	– 86,0	– 86,0	– 86,0
Intensiveringen						
Zvw	**114,4**	**335,4**	**315,4**	**316,4**	**316,4**	**316,4**
Correctie overgangsbeleid prestatiebekostiging	0,0	37,0	37,0	0,0	0,0	0,0
Dieetadvisering in het pakket	0,0	44,0	44,0	44,0	44,0	44,0
Rechtmatigheid conform Zvw	47,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ondersteuning stoppen met roken	0,0	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0
Aanpassing tariefkorting huisartsen	34,3	34,3	34,3	34,3	34,3	34,3
Aanpassing tariefkorting logopedie	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
Aanpassing tariefkorting verloskunde	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
Werelddekking	30,0	60,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ramingsbijstelling eigen risico	0,0	82,0	122,0	160,0	160,0	160,0
Verzachten eigen bijdrage GGZ	0,0	55,0	55,0	55,0	55,0	55,0
AWBZ/Wlz	**0,0**	**315,7**	**435,7**	**625,7**	**705,7**	**705,7**
Beschikbaarheidsbijdrage opleidingen AWBZ	0,0	25,7	25,7	25,7	25,7	25,7
Uitstel overheveling begeleiding naar de Wmo	0,0	80,0	140,0	140,0	140,0	140,0
Terugdraaien IQ-maatregel	0,0	60,0	120,0	210,0	250,0	250,0
Scheiden wonen en zorg	0,0	0,0	0,0	100,0	140,0	140,0
Toekomstbestendiger maken persoonsgebonden budgetten	0,0	150,0	150,0	150,0	150,0	150,0

Overzicht maatregelen en intensiveringen OW 2014 (bedragen x € 1 miljoen)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Maatregelen						
Zvw	**0,0**	**0,0**	**– 688,0**	**– 1.853,6**	**– 2.712,6**	**– 3.822,6**
Hoofdlijnenakkoord 2013	0,0	0,0	– 250,0	– 500,0	– 750,0	– 1.000,0
Ramingsbijstelling geneesmiddelen	0,0	0,0	– 150,0	– 300,0	– 300,0	– 300,0
Beperking groei medisch-specialistische zorg, ggz, huisartsen RA Rutte-Asscher	0,0	0,0	0,0	– 355,0	– 760,0	– 1.175,0
Stringent pakketbeheer RA Rutte-Asscher	0,0	0,0	0,0	0,0	– 75,0	– 225,0
Verlaging ILO 2014–2017	0,0	0,0	– 88,0	– 261,0	– 340,0	– 485,0
Dekking intensivering wijkverpleegkundige	0,0	0,0	0,0	– 50,0	– 100,0	– 250,0
Honoraria medisch specialisten	0,0	0,0	0,0	– 100,0	– 100,0	– 100,0
Concentratie topreferente zorg	0,0	0,0	0,0	– 70,0	– 70,0	– 70,0
Afschaffen inkomensondersteunende regelingen	0,0	0,0	– 200,0	– 200,0	– 200,0	– 200,0
Korting honoraria kaakchirurgie	0,0	0,0	0,0	– 17,6	– 17,6	– 17,6
AWBZ/Wlz	**0,0**	**– 118,9**	**– 791,8**	**– 2.406,2**	**– 2.746,9**	**– 3.514,5**
Maatregel persoonlijke verzorging en decentralisatie begeleiding (RA)	0,0	0,0	0,0	– 1.607,0	– 1.607,0	– 1.622,0
Tariefskorting AWBZ (Korting contracteerruimte ZIN)	0,0	0,0	– 330,0	0,0	0,0	0,0

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Landelijke invoering intramurale AWBZ (RA)	0,0	0,0	0,0	0,0	– 45,0	– 500,0
Verlaging ILO 2014–2017	0,0	0,0	– 60,0	– 215,0	– 314,0	– 425,0
Tariefmaatregel intramurale zorg	0,0	0,0	– 160,0	– 200,0	– 200,0	– 250,0
Beperken groeiruimte / contracteerruimte	0,0	0,0	– 21,0	– 21,0	– 169,0	– 260,0
Extramuraliseren ZZP 4 (RA)	0,0	0,0	0,0	0,0	– 35,0	– 70,0
Nominaal beeld	0,0	– 100,0	– 100,0	– 100,0	– 100,0	– 100,0
Compensatie extramuraliseren zzp's	0,0	– 18,9	– 68,9	– 31,3	– 45,0	– 55,6
Verhogen intramurale eigen bijdrage AWBZ	0,0	0,0	– 50,0	– 50,0	– 50,0	– 50,0
Wtcg afschaffen/Korting extramurale eigen bijdrage AWBZ en Wmo	0,0	0,0	0,0	– 180,0	– 180,0	– 180,0
Uitname t.b.v. beheerskosten CAK	0,0	0,0	– 1,9	– 1,9	– 1,9	– 1,9
Wmo hv	**0,0**	**0,0**	**– 55,1**	**– 1.030,1**	**– 1.195,1**	**– 1.195,1**
Korting huishoudelijke verzorging	0,0	0,0	0,0	– 975,0	– 1.140,0	– 1.140,0
Uitkering maatwerk	0,0	0,0	– 55,1	– 55,1	– 55,1	– 55,1
Jeugd	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**– 15,0**	**– 44,0**	**– 73,0**
Ontschotten jeugdzorg (RA)	0,0	0,0	0,0	– 15,0	– 44,0	– 73,0
Overig begrotingsgefinancierd	**3,4**	**147,5**	**– 73,4**	**– 349,4**	**– 410,3**	**– 411,2**
Mutatie Zorgopleidingen (begroting VWS)	34,7	134,2	– 71,5	– 10,5	– 5,5	– 2,5
Mutatie Wtcg (begroting VWS)	– 31,2	13,3	– 1,9	– 338,9	– 404,7	– 408,7
Intensiveringen						
Zvw	**8,4**	**164,9**	**296,2**	**1.567,2**	**1.626,2**	**1.788,2**
Lage ziektelast	0,0	0,0	0,0	1.200,0	1.200,0	1.200,0
Stringent pakketbeheer RA Rutte-Verhagen	0,0	0,0	10,0	30,0	30,0	30,0
Intensivering wijkverpleegkundige	0,0	0,0	0,0	50,0	100,0	250,0
Harmoniseren pensioenen en verzachten korting Opleidingsfonds	0,0	0,0	37,0	51,0	60,0	67,0
Compensatie ggz-kader (m.n. jeugd-ggz)	0,0	0,0	10,0	40,0	40,0	45,0
Werelddekking	0,0	0,0	60,0	0,0	0,0	0,0
Tariefsaanpassing logopedie	8,4	19,9	34,2	34,2	34,2	34,2
Overheveling pensienfonds UMC's	0,0	0,0	0,0	17,0	17,0	17,0
Eigen bijdrage ggz/verpleegdag	0,0	145,0	145,0	145,0	145,0	145,0
AWBZ/Wlz	**0,0**	**17,0**	**265,0**	**295,0**	**395,0**	**645,0**
Verzachten extramuraliseren	0,0	0,0	0,0	30,0	130,0	280,0
Verzachten vermogensinkomensbijtelling	0,0	17,0	17,0	17,0	17,0	17,0
Verzachten RA: intramurale eigen bijdrage	0,0	0,0	248,0	248,0	248,0	248,0
Intensivering arbeidsmarkt zorg (RA)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Wmo hv	**0,0**	**15,0**	**153,7**	**1.219,0**	**1.289,0**	**1.291,0**
Verzachten korting huishoudelijke verzorging	0,0	0,0	0,0	510,0	530,0	530,0
Middelen maatwerkvoorziening (compensatie afschaffen Wtcg)	0,0	0,0	100,0	709,0	759,0	761,0
Compensatie Wmo extramuraliseren zzp's	0,0	15,0	53,7	0,0	0,0	0,0
Jeugd	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**35,0**	**35,0**	**35,0**
Schrappen eigen bijdrage jeugdzorg	0,0	0,0	0,0	35,0	35,0	35,0
Overig begrotingsgefinancierd	**20,9**	**13,4**	**5,6**	**9,8**	**5,1**	**1,6**
Mutatie Caribisch Nederland (begroting VWS)	20,9	13,4	5,4	8,6	3,8	0,2
Overige	0,0	0,0	0,2	1,2	1,3	1,4

Overzicht maatregelen en intensiveringen OW 2015 (bedragen x € 1 miljoen)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Maatregelen						
Zvw	**0,0**	**0,0**	**– 15,1**	**– 319,6**	**– 476,2**	**– 623,3**
Ramingsbijstelling geneesmiddelen	0,0	0,0	– 15,1	– 193,3	– 243,9	– 313,0
Dekking plan van aanpak NVWA	0,0	0,0	0,0	– 10,3	– 10,3	– 10,3
Kasschuif middelen subsidieregeling overgang integrale tarieven MSZ	0,0	0,0	0,0	75,0	0,0	– 25,0

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Plafond beschikbaarheidbijdrage academische zorg	0,0	0,0	0,0	– 36,0	– 57,0	– 80,0
Tariefstelling hulpmiddelen	0,0	0,0	0,0	– 145,0	– 145,0	– 145,0
Sociale wijkteams	0,0	0,0	0,0	– 10,0	– 20,0	– 50,0
AWBZ/Wlz	**0,0**	**0,0**	**– 12,8**	**– 248,0**	**– 564,0**	**– 574,0**
Begrotingsafspraken 2014						
Doelmatiger Zorginkoop AWBZ	0,0	0,0	0,0	– 30,0	– 30,0	– 30,0
Transitie hervorming langdurige zorg	0,0	0,0	0,0	– 100,0	– 110,0	– 120,0
Zorgakkoord december						
Beperken groeiruimte tot demo	0,0	0,0	0,0	– 103,0	– 409,0	– 409,0
Zorgakkoord april 2014						
Overheveling bovenbudgettaire vergoedingen	0,0	0,0	0,0	– 15,0	– 15,0	– 15,0
Pgb-trekkingsrechten	0,0	0,0	– 12,8	0,0	0,0	0,0
Ramingsbijstelling groeiruimte care	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Wmo hv	**0,0**	**0,0**	**– 0,2**	**– 142,3**	**– 142,3**	**– 142,3**
Zorgakkoord april 2014						
Overheveling Wmo HV	0,0	0,0	– 0,2	– 142,3	– 142,3	– 142,3
Wmo 2015	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**– 14,7**	**0,0**	**0,0**
Bijdrage VNG Wmo	0,0	0,0	0,0	– 14,7	0,0	0,0
Overig begrotingsgefinancierd	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**– 337,9**	**– 363,0**	**– 488,0**
Budget na afschaffing Wtcg en CER	0,0	0,0	0,0	– 438,0	– 438,0	– 438,0
Kasschuif middelen arbeidsmarkt intensivering	0,0	0,0	0,0	75,0	75,0	– 50,0
Wmo	0,0	0,0	0,0	40,0	0,0	0,0
Overig	0,0	0,0	0,0	– 14,9	0,0	0,0
Intensiveringen						
Zvw	**0,0**	**0,0**	**12,5**	**112,5**	**137,5**	**90,0**
Voorwaardelijke toelating geneeskundige zorg (intramuraal)	0,0	0,0	12,5	37,5	62,5	75,0
Werelddekking	0,0	0,0	0,0	60,0	60,0	0,0
Overheveling bovenbudgettaire vergoedingen	0,0	0,0	0,0	15,0	15,0	15,0
AWBZ/Wlz	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**530,0**	**408,0**	**420,0**
Zorgakkoord december						
Overgangsrecht Wlz	0,0	0,0	0,0	125,0	73,0	70,0
Overgangsrecht Wmo	0,0	0,0	0,0	200,0	0,0	0,0
Overgangsproblematiek Zvw	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0
Verzachting taakstelling Hlz	0,0	0,0	0,0	0,0	200,0	200,0
Zorgakkoord april 2014						
Middelen instelling extra plaatsen	0,0	0,0	0,0	5,0	35,0	50,0
Extra middelen intramurale begeleiding	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	100,0
Wmo 2015	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**195,0**	**165,0**	**50,0**
Zorgakkoord april 2014						
Verzachting Wmo	0,0	0,0	0,0	195,0	165,0	50,0
Jeugd	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**20,0**	**0,0**	**0,0**
Zorgakkoord april 2014						
Verzachting jeugd sociaal domein	0,0	0,0	0,0	20,0	0,0	0,0
Overig begrotingsgefinancierd	**0,0**	**0,0**	**0,2**	**142,3**	**142,3**	**142,3**
Volume index 2014	0,0	0,0	0,2	30,4	30,4	30,4
Volume index 2015	0,0	0,0	0,0	34,1	34,1	34,1
Effect extramuralisatie	0,0	0,0	0,0	77,8	77,8	77,8

Overzicht maatregelen en intensiveringen OW 2016 (bedragen x € 1 miljoen)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Maatregelen						
Zvw	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**– 497,1**	**– 817,1**	**– 613,4**
Tarieven tandheelkunde	0,0	0,0	0,0	– 18,0	– 35,0	– 35,0
Additionele ruimte geneesmiddelen	0,0	0,0	0,0	– 149,2	– 291,3	– 350,0
Overheveling subsidieregeling kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuiszorg	0,0	0,0	0,0	– 37,4	– 37,4	– 37,4

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Dekking ophoging budget eerstelijnsverblijf	0,0	0,0	0,0	– 33,5	– 42,0	0,0
Uitstel overgang eerstelijnsverblijf naar Zvw	0,0	0,0	0,0	– 96,3	– 180,5	0,0
IJklijnmuaties beleidsbrief kwaliteit loont	0,0	0,0	0,0	– 10,0	– 13,0	– 14,5
Vrijval nominaal en onverdeeld	0,0	0,0	0,0	– 164,8	– 193,0	– 153,8
Herverdelingseffecten Zvw	0,0	0,0	0,0	7,0	– 4,7	– 4,7
Overige	0,0	0,0	0,0	5,0	– 20,2	– 18,0
AWBZ/Wlz	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**– 346,2**	**– 622,4**	**– 949,2**
Dekking ophogen budget eerstelijnsverblijf	0,0	0,0	0,0	– 33,5	– 35,0	0,0
Wlz uitvoeringskosten	0,0	0,0	0,0	– 55,0	– 55,0	– 55,0
Dekking uitgaven SVB pgb's	0,0	0,0	0,0	– 42,7	– 8,4	– 8,4
Dekking pgb-tekort	0,0	0,0	0,0	0,0	– 116,0	– 176,0
Kasschuif groeiruimte care	0,0	0,0	0,0	– 50,0	50,0	0,0
Vrijval CIZ	0,0	0,0	0,0	– 23,0	– 23,0	– 23,0
Ruimte abortusklinieken	0,0	0,0	0,0	– 11,3	– 11,3	– 11,3
Herverdelingseffecten Wlz	0,0	0,0	0,0	0,0	– 208,0	– 446,0
Onderuitputting contracteerruimte Wlz	0,0	0,0	0,0	– 22,9	– 40,3	– 40,3
Overige	0,0	0,0	0,0	– 13,8	– 63,3	– 66,1
Eigen bijdrage Wlz	0,0	0,0	0,0	– 94	– 112	– 123
Wmo 2015	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**– 0,8**	**– 1,5**	**– 12,5**
Dekking middelen huishoudelijke hulp-toelage	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	– 10,0
Overige	0,0	0,0	0,0	– 0,8	– 1,5	– 2,5
Jeugd	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**15,8**	**18,8**
Herverdelingseffecten Jeugd	0,0	0,0	0,0	0,0	15,8	18,8
Intensiveringen						
Zvw	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**35,0**	**115,0**	**39,5**
Darmkankerscreening	0,0	0,0	0,0	25,0	25,0	25,0
Ophogen budget eerstelijnsverblijf	0,0	0,0	0,0	0,0	77,0	0,0
P&M-intensivering beleidsbrief Kwaliteit Loont	0,0	0,0	0,0	10,0	13,0	14,5
AWBZ/Wlz	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**469,9**	**842,7**	**743,2**
Ophogen budget eerstelijnsverblijf	0,0	0,0	0,0	67,0	0,0	0,0
Uitstel overgang eerstelijnsverblijf naar Zvw	0,0	0,0	0,0	96,3	180,5	0,0
Kosten SVB pgb trekkingsrechten	0,0	0,0	0,0	42,7	8,4	8,4
Pgb-tekort Wlz wegens hogere toestroom	0,0	0,0	0,0	91,0	133,0	160,0
Extramuraliseringseffecten (zzp's 1–3 en zzp4)	0,0	0,0	0,0	150,0	259,0	338,0
Huishoudelijke hulp Wlz MPT	0,0	0,0	0,0	0,0	27,0	27,0
Passend onderwijs	0,0	0,0	0,0	22,9	57,3	57,3
Compensatie RA-maatregel kern-awbz in 2016	0,0	0,0	0,0	0,0	45,0	0,0
Enveloppe: waardigheid en trots	0,0	0,0	0,0	0,0	132,5	152,5
Wmo 2015	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**40,4**	**266,4**	**419,1**
Huishoudelijke hulp toelage	0,0	0,0	0,0	13,5	66,0	0,0
Meeropbrengst pgb trekkingsrechten gemeenten	0,0	0,0	0,0	20,0	0,0	0,0
Lpo tranche 2015	0,0	0,0	0,0	6,9	6,9	6,7
Herverdelingseffecten Wmo 2015	0,0	0,0	0,0	0,0	193,5	412,3
Overig begrotingsgefinancierd	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**– 30,2**	**99,4**	**104,2**
Overig	0,0	0,0	0,0	– 30,2	99,4	104,2

Vraag 448:
Kunt u aangeven welke groei voorzien was voor de AWBZ/Wlz, Wmo, Zvw en Jeugdzorg in 2012 en hoe deze groei is beleidsmatig aangepast?

Antwoord 448:
In 2012, zoals verwoord in de VWS-begroting 2013, werd verwacht dat de bruto Zvw-uitgaven zouden groeien van € 37,0 miljard in 2012 naar € 51,9 miljard in 2017. In de huidige begroting voor het jaar 2016 is dit bijgesteld

naar een groei van € 36,6 miljard in 2012 naar € 47,5 miljard in 2017. In onderstaande tabel 1 is af te lezen hoeveel van deze mutatie van de groei van de Zvw-uitgaven het gevolg is van beleid en van overhevelingen in het kader van de hervorming langdurige zorg. Overige oorzaken betreffen voornamelijk mee- en tegenvallers, overige overhevelingen en nominale mutaties.

Tabel 1: Verwachte Zvw-uitgaven in miljarden euro's

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Begroting 2013	37,0	41,0	43,2	45,2	48,4	51,9
Begroting 2016	36,6	39,6	40,0	43,4	45,9	47,5
Mutatie	– 0,4	– 1,5	– 3,2	– 1,8	– 2,5	– 4,4
wv beleidsmatig	– 0,1	0,1	– 0,4	– 1,0	– 2,2	– 3,2
wv overheveling HLZ totaal				1,8	2,2	2,4

Voor de AWBZ/Wlz is in tabel 2 een vergelijkbare analyse gemaakt. In de stand begroting 2016 zijn de overhevelingen vanaf het jaar 2015 tot en met 2017 vanuit de AWBZ/Wlz naar de Zvw, Wmo 2015 en Jeugdwet in het kader van de hervorming langdurige zorg verwerkt. Vanwege de overhevelingen valt de reeks «mutatie» in de jaren vanaf 2015 fors negatief uit. In tabel 4 zijn de overhevelingen naar de Wmo 2015 en Jeugdwet opgenomen. In totaal is het bedrag dat in het kader van de HLZ is overgeheveld naar de Zvw, Jeugdwet en Wmo 2015 groter dan wat in het kader van de HLZ uit de Wlz is uitgenomen. Dit komt doordat in de overhevelingen naar de Zvw, Jeugdwet en Wmo 2015 ook aanvullende bedragen ter verzachting, extramuralisering en groei zijn opgenomen.

Tabel 2: Verwachte AWBZ/Wlz-uitgaven in miljarden euro's

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Begroting 2013	27,5	27,3	28,7	29,8	31,4	33,1
Begroting 2016	27,9	27,5	27,8	19,9	19,9	19,7
Mutatie	0,4	0,2	– 0,9	– 10,0	– 11,5	– 13,3
wv beleidsmatig	0,0	– 0,1	– 0,8	– 1,6	– 2,3	– 3,5
wv overheveling HLZ totaal				– 6,6	– 7,1	– 7,2

Voor de Wmo/HV is in tabel 3 een vergelijkbare analyse gemaakt.

Tabel 3: Verwachte Wmo/HV-uitgaven in miljarden euro's

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Begroting 2013	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
Begroting 2016	1,5	1,6	1,7	1,3	1,1	1,2
Mutatie	0,0	0,1	0,2	– 0,2	– 0,3	– 0,3
wv beleidsmatig	0,0	0,0	0,2	– 0,3	– 0,4	– 0,4

Voor de Wmo 2015 en de Jeugdwet is een dergelijke analyse niet mogelijk omdat deze sectoren in 2012 nog niet als afzonderlijke sector bestonden. Voor de volledigheid zijn in onderstaande tabel de uitgaven aan deze sectoren vanaf 2015 opgenomen conform de stand ontwerpbegroting 2016

Tabel 4:Uitgavenontwikkeling Wmo 2015 en Jeugdwet (deel BKZ) in miljarden euro's

	2015	2016	2017
Integratie-uitkering Sociaal domein deel Wmo 2015	3,5	3,6	3,6
Jeugdwet	2,0	1,9	1,8
HHT en restant RA middelen arbeidsmarkt	0,1	0,1	0,0

Bron: tabel 11 pagina 160 VWS-ontwerpbegroting 2016
De mutaties van de Wmo 2015 en de Jeugdwet betreffen overhevelingen van de AWBZ/Wlz en de Zvw (deel van de mutatie Jeugdwet) naar het gemeentelijke domein.

Vraag 449:
Hoeveel geven andere Europese landen uit aan curatieve en langdurige zorg? Kunt u hiervan een overzicht sturen?

Antwoord 449:
Onderstaande tabel geeft de cijfers voor 2013. In veel landen valt de langdurige zorg geheel of deels onder het sociale domein en/of worden door lagere overheden uitgevoerd. De hiermee gemoeide uitgaven maken daardoor veelal geen onderdeel uit van de cijfers in de tabel. De vergelijkbaarheid van de cijfers is daardoor beperkt.

Tabel Uitgaven curatieve en langdurige zorg als percentage van het BBP, 2013

	curatieve zorg	langdurige zorg
België	6,8%	1,5%
Denemarken	7,7%	1,4%
Duitsland	6,8%	1,0%
Estland	4,1%	0,2%
Finland	6,2%	0,5%
Frankrijk	7,1%	0,7%
Griekenland	5,9%	0,0%
Hongarije	4,4%	0,0%
IJsland	5,7%	1,3%
Luxemburg[1]	4,3%	1,0%
Nederland	6,1%	2,8%
Noorwegen[1]	6,9%	1,6%
Oostenrijk	6,3%	0,9%
Polen	4,2%	0,1%
Portugal[1]	6,8%	0,1%
Slovenië	5,4%	0,6%
Slowakije	4,4%	
Spanje[1]	6,1%	0,6%
Tsjechië	5,1%	0,1%
Turkije	3,4%	0,0%
Zweden	7,0%	1,9%
Zwitserland	7,4%	1,9%

[1] 1 = cijfers 2012

Bron: OECD.Stat

Vraag 450:
Welke ontwikkelingen in de curatieve en langdurige zorg vinden plaats in andere Europese landen?

Antwoord 450:
Na een periode van uitbreiding van de toegang tot zorg (tot de jaren ’80) en stringente budgettering (tot 2000), richten de recente hervormingen in de meeste Westerse landen zich binnen de curatieve zorg op het vergroten van de doelmatigheid (Cutler, 2001). De precieze wijze waarop dit vorm krijgt, hangt af van specifieke politieke keuzen, maar zeker ook van de vormgeving van het zorgstelsel (gefinancierd uit belastingen of uit een verzekering) in het betreffende land.

We kunnen wel stellen dat actieve zorginkoop daarbinnen bijna altijd een belangrijke rol speelt. Dit geldt voor ons land, maar bijvoorbeeld ook voor de genationaliseerde National Health Service in Engeland waar onafhankelijke zorginkoop de afgelopen decennia veel sterker is ontwikkeld.

Voorts hebben veel landen onder de invloed van de begrotingsnormen van de EU de afgelopen jaren stevig bezuinigd op zorg, vooral in Zuid Europa en Ierland. Hierbij worden een breed scala aan maatregelen genomen, maar net als in ons land valt daarbij op dat vooral de uitgaven-

ontwikkeling voor de geneesmiddelen sterk is omgebogen (prijsmaatregelen en verschuiving naar generieke middelen).

In de langdurige zorg zien we enerzijds dat de beweging naar langer thuis wonen breed wordt ondersteund en dat veel landen initiatieven nemen op dit terrein. Anderzijds zijn de onderlinge verschillen in uitgavenniveau tussen de verschillende landen hier relatief groot. Nederland kent daarbij een van de hoogste uitgavenniveaus, bij een relatief beperkte vergrijzing in vergelijking met buurlanden zoals Duitsland en België (OECD, 2011). Het Kabinet heeft hieraan budgettaire consequenties verbonden.
Die consequenties zijn er ook in andere landen (met veel lagere uitgaven), maar dan vooral in het niet doorgaan van «geplande» verruimingen van de veel beperktere verstrekkingen en voorzieningen. Het bevriezen van de geplande wijzingen in de Engelse social care vormt daarvan een goed voorbeeld.

Vraag 451:
Welk percentage van de groei van de collectieve zorguitgaven komt puur op het conto van de vergrijzing?

Antwoord 451:
De groei van de collectieve zorguitgaven als gevolg van de demografische ontwikkeling – het effect van bevolkingsgroei en vergrijzing samen – bedraagt naar schatting 1,2%-punt per jaar in de huidige kabinetsperiode. De afgelopen decennia bedroeg de groei als gevolg van de demografische ontwikkeling ongeveer een kwart van de totale reële groei van de zorguitgaven.

Vraag 452:
Welk percentage van de groei van de collectieve zorguitgaven komt puur op het conto van de toename van het aantal chronisch zieken?

Antwoord 452:
Hoewel bekend is dat chronisch zieken op individueel niveau hogere zorgkosten hebben dan niet-chronisch zieken valt niet te zeggen welk deel van de stijging van de totale collectieve zorguitgaven zuiver is toe te rekenen aan het stijgende aantal chronisch zieken. De toename van het aantal chronisch zieken staat immers niet op zichzelf maar is mede een gevolg van de toegenomen medische mogelijkheden om voorheen fatale ziekten te overleven. Ook de vergrijzing is een belangrijke verklaring voor de toename van het aantal mensen met (meerdere) chronische ziekten.

Vraag 453:
Welk percentage van de groei van de collectieve zorguitgaven komt puur op het conto van technologische ontwikkelingen?

Antwoord 453:
Het is niet bekend welk deel van de groei van de collectieve zorguitgaven zuiver valt toe te schrijven aan technologische ontwikkelingen. Dat komt doordat «technologische ontwikkeling» een zeer breed begrip is waar veel verschillende ontwikkelingen in de zorg onder geschaard worden die zowel kostenverhogend als kostenbesparend kunnen zijn. Het precieze effect van technologische ontwikkeling op de totale collectieve zorguitgaven is daardoor niet te bepalen. Dit geldt overigens ook voor andere factoren, zoals sociaal-culturele ontwikkelingen of innovatie, die evident van invloed zijn op de collectieve zorguitgaven, maar waarvan het afzonderlijke effect eveneens niet te kwantificeren en te meten is.

Vraag 454:

Welk percentage van de groei van de collectieve zorguitgaven komt puur op het conto van de concurrentie, marktwerking en reclame?

Antwoord 454:
Concurrentie en – gereguleerde – marktwerking leiden op zichzelf niet tot groei van de zorguitgaven maar zorgen voor meer keuzemogelijkheden voor patiënten en cliënten en betere kwaliteit tegen lagere kosten. Dit kan een hogere zorgvraag tot gevolg hebben dan het geval zou zijn in een zorgstelsel zonder marktwerking. In hoeverre dit ook daadwerkelijk het geval is valt echter niet te bepalen. De uitgaven van zorgverzekeraars aan reclame vormen geen onderdeel van de collectieve zorguitgaven. Er zijn bovendien geen aanwijzingen dat deze uitgaven een stijgende trend vertonen.

Vraag 455:
Hoeveel betalen minimum inkomens aan zorg? Wat is het percentage van het inkomen in 2010, 2014 en 2020?

Antwoord 455:
Onderstaande tabel laat voor de jaren 2010 en 2014 zien wat een alleenstaande en een paar met kinderen (een alleenverdiener) aan zorg betaalt als percentage van het bruto inkomen. De cijfers zijn gegeven voor het minimuminkomen, het modale inkomen en een inkomen van € 100.000.
De zorgkosten zijn het totaal van:
- de inkomensafhankelijke bijdrage;
- de nominale premie Zvw minus de zorgtoeslag, het gemiddelde eigen risico;
- de Awbz-premie onder aftrek van het aandeel van de heffingskorting dat betrekking heeft op de Awbz;
- een deel van de zorguitgaven wordt uit belastingen betaald (onder-meer de rijksbijdrage Zvw & Awbz, BIKK, zorgtoeslag, deel van het Opleidingsfonds, WMO, Wtcg en BES). Verondersteld is dat deze kosten worden gefinancierd uit de directe (60%) en indirecte belasting (40%).

Voor het jaar 2020 is het niet mogelijk om zorgkosten te bepalen. Er is nog niet bekend hoe hoog de zorguitgaven zijn en er is nog geen zicht op de grondslag van de premies.

Tabel zorgkosten als percentage van het bruto inkomen

	alleenstaande		paar met kinderen (alleen-verdiener)	
	zorgkosten	zorgkosten als % van het bruto inkomen	zorgkosten	zorgkosten als % van het bruto inkomen
minimuminkomen				
2010	€ 3.536	19%	€ 3.418	19%
2014	€ 3.665	19%	€ 3.860	20%
modaal inkomen				
2010	€ 7.205	22%	€ 6.962	21%
2014	€ 8.070	23%	€ 8.719	25%
€ 100.000				
2010	€ 11.089	11%	€ 11.676	12%
2014	€ 13.042	13%	€ 13.935	14%

Vraag 456:
Hoeveel betalen modale inkomens aan zorg? Wat is het percentage van het inkomen in 2010, 2014 en 2020?

Antwoord 456:
Zie het antwoord op vraag 455.

Vraag 457:
Hoeveel betalen mensen met een inkomen van 100.000 euro per jaar aan zorg? Wat is het percentage van het inkomen in 2010, 2014 en 2020?

Antwoord 457:
Zie het antwoord op vraag 455.

Vraag 458:
Hoeveel procent van hun besteedbaar inkomen waren mensen met een minimum inkomen in 2015 kwijt aan eigen betalingen in de zorg, en hoeveel procent is dat in 2016?

Antwoord 458:
Het (geraamde) gemiddeld eigen risico bedraagt in 2015 € 238 en in 2016 € 240. Huishoudens met een minimuminkomen ontvangen de maximale zorgtoeslag.
De zorgtoeslag geeft een compensatie voor de nominale premie en het gemiddelde eigen risico. Feitelijk zijn de eigen bijdragen bij een minimum-inkomen (gemiddeld) dus nul.
Een alleenstaande met inkomen op minimum niveau wordt volgend jaar vrijwel volledig gecompenseerd voor de stijging van het eigen risico en de premie omdat de maximale zorgtoeslag volgend jaar met € 72 toeneemt en de gemiddelde premie plus gemiddeld eigen risico naar verwachting met € 87 stijgt.
Als een huishouden ook gebruik maakt van de Wet langdurige zorg (Wlz) en/of Wmo zullen de eigen bijdragen hoger zijn, maar dit is sterk afhankelijk van het type zorg dat wordt gebruikt.

Vraag 459:
Hoeveel procent van hun besteedbaar inkomen waren mensen met een modaal inkomen in 2015 kwijt aan eigen betalingen in de zorg, en hoeveel procent is dat in 2016?

Antwoord 459:
Het (geraamde) gemiddeld eigen risico bedraagt in 2015 € 238 en in 2016 € 240. Dat is voor een alleenstaande met een modaal inkomen zowel in 2015 als 2016 ongeveer 1% van het netto besteedbaar inkomen.

Huishoudens met een modaal inkomen ontvangen geen zorgtoeslag en worden dus ook niet via de zorgtoeslag gecompenseerd voor het eigen risico.

Als een huishouden ook gebruik maakt van de Wet langdurige zorg (Wlz) en/of Wmo zullen de eigen bijdragen hoger zijn, maar dit is sterk afhankelijk van het type zorg dat wordt gebruikt.

Vraag 460:
Welke maatregelen gaan ervoor zorgen dat de zorgpremie niet te hoog oploopt en wat wordt in dit verband bedoeld met hoog?

Antwoord 460:
Het beleid van gereguleerde marktwerking waarbij verzekeraars de ruimte hebben om te streven naar kwalitatief de beste zorg voor de laagste prijs in combinatie met afspraken met zorgaanbieders, verzekeraars en patiënten over de toegestane groei moet zorg dragen voor een gematigde groei van de zorguitgaven. Als de zorguitgaven gematigd groeien kan de groei van de premie ook beperkt blijven.

Met een te hoge premie wordt op pagina 134 van de begroting bedoeld dat de premie niet hoger is dan noodzakelijk.

Vraag 461:
In hoeverre laten de zorgkosten voor asielzoekers de zorgpremie oplopen? Hoeveel is dit per premiebetaler?

Antwoord 461:
Er is geen relatie tussen de zorgkosten voor asielzoekers en de zorgpremie. Alle kosten die gemaakt worden op het gebied van gezondheidszorg voor asielzoekers worden bekostigd uit de begroting van het Ministerie van Veiligheid en Justitie.

Vraag 462:
Tegelijkertijd wil dit kabinet met Waardigheid en Trots de verpleeghuiszorg verder verbeteren. Door te investeren in goed opgeleid personeel en het schrappen van onnodige regels, maar ook door bij de instellingszorg meer rekening te houden met de specifieke zorgvraag per cliënt en niet alleen te «zorgen voor», maar ook te «zorgen mét» familie en vrienden. Is hiermee de geplande bezuiniging op de WLZ van 500 miljoen euro in 2017, dan ook van tafel? Zo neen, waarom zouden instellingen dan investeren in personeel als ze dat in 2017 weer moet ontslaan? Meer rekening houden met de specifieke zorgvraag per cliënt had al geregeld kunnen zijn met de patiëntenrechten. Wilt u deze alsnog invoeren?

Antwoord 462:
De geplande taakstelling op de Wlz uit het regeerakkoord van € 500 miljoen vanaf 2017 is niet gewijzigd. Wel is in de begroting 2016 de taakstelling voor het jaar 2016 (€ 45 miljoen) teruggedraaid. Op een totaal budgettair kader voor de Wlz van circa € 18 miljard betreft het een taakstelling van 2,8% in 2017.

Naar het oordeel van het kabinet kunnen instellingen deze taakstelling invullen, zonder dat dit ten koste hoeft te gaan van handen aan het bed. Er zijn belangrijke mogelijkheden op het terrein van het terugdringen van administratieve lasten en een efficiëntere inkoop van goederen en diensten door de zorginstellingen. Dit zal ik gezamenlijk met betrokken partijen de komende tijd verder bespreken. Ik doe dit in samenhang met de beschikbaarstelling van de extra middelen voor onder meer dagbesteding en opleidingen.

De bedoelde rechten van cliënten zijn vastgelegd in de Wlz en het Besluit langdurige zorg.

Vraag 463:
De beleidsmatige daling van de uitgaven Wlz in 2015 van 2,1 miljard euro betreft het saldo van de maatregelen uit het Regeerakkoord en de verzachtingen uit de zorgakkoorden op het terrein van de hervorming langdurige zorg. Het gaat hierbij onder meer om de kortingen op de huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging en begeleiding. Dit is feitelijk onjuist. De huishoudelijk hulp werd al niet meer gefinancierd vanuit de AWBZ, maar was al onderdeel van de WMO. Kan een toelichting worden gegeven?

Antwoord 463:
De korting op de huishoudelijke hulp is hier inderdaad ten onrechte genoemd als verklaring voor de beleidsmatige daling van € 2,1 miljard euro van de Wlz-uitgaven in 2015. Deze daling wordt verklaard door de

korting op de persoonlijke verzorging en begeleiding en een aantal kleinere maatregelen die samen per saldo optellen tot € 2,1 miljard.

Vraag 464:
Kan de komst van steeds meer innovatieve diagnostische testen die vooraf kunnen aantonen of geneesmiddelen en/of therapieën aanslaan bij patiënten, een bijdrage leveren aan de verdere kostenreductie van geneesmiddelen? Is er komende jaren budget beschikbaar voor deze innovatieve diagnostische testen?

Antwoord 464:
Diagnostische testen die vooraf een voorspelling geven of een behandeling zal aanslaan, zullen leiden tot een beter gepast gebruik van geneesmiddelen. Of meer innovatieve diagnostische testen bij zullen dragen aan een verdere kostenreductie van geneesmiddelen is niet direct te beantwoorden.

Enerzijds zal een duur geneesmiddel alleen ingezet worden bij patiënten die er baat bij hebben. Verder zal het aantal patiënten waar een behandeling niet bij aanslaat kunnen afnemen. Als het om bestaande producten gaat, dan zal het voorgaande waarschijnlijk bijdragen aan een verlaging van de uitgaven aan (dure) geneesmiddelen. Anderzijds, als het om nieuwe geneesmiddelen gaat, dan zal de farmaceutische industrie rekening houden met het potentieel aantal te behandelen patiënten. Dat leidt mogelijk tot een hogere prijssetting door de fabrikant.

Als de innovatieve diagnostische testen voldoen aan de pakketcriteria, dan vallen ze onder het basispakket en worden ze ook vergoed. Ik heb via het ZonMw programma Goed Gebruik Geneesmiddelen budget beschikbaar gesteld voor ontwikkelingen op het gebied van «personalised medicine».

Ik kom onder andere op de diagnostiek en gepast gebruik terug in de geneesmiddelenvisie die ik naar verwachting voor de kerst aan uw Kamer doe toekomen.

Vraag 465:
Waaruit blijkt dat bij de zorginkoop «Good contractant practices» als leidraad is gebruikt door de zorgverzekeraar en wat is het oordeel van de NZA hierin, aangezien ze dit in het toezicht zouden gebruiken? Welke ambitie geldt voor volgend jaar?

Antwoord 465:
De Good Contracting Practices zijn aanbevelingen voor en door het veld en geen basis voor handhaving door de NZa.
De NZa heeft wel onlangs regels opgesteld voor het zorginkoopproces die zorgverzekeraars onder andere verplichten om tijdig informatie te geven over hun inkoopbeleid en de planning. Ook is daarin geregeld dat beide partijen beschikbaar moeten zijn voor elkaars vragen tijdens het contracteerproces.

Met het opstellen van deze regelgeving is een aantal Good Contracting Practices tot norm verheven. De nieuwe regels van de NZa gelden nog niet voor het contracteerproces in 2015, maar voor het contracteerproces in 2016 en daarna.
Ten aanzien van klachten over de inhoud van de contracten benadrukt de NZa dat zij hecht aan de contracteervrijheid van partijen.

Zoals ik in mijn brief Kwaliteit loont heb aangegeven komt er voor geschillen over contractering tussen aanbieders en verzekeraars een

onafhankelijke geschillencommissie. Het gaat hierbij ook om geschillen over de precontractuele fase. Het doel is om voor 1 april 2016 een onafhankelijke geschillencommissie operationeel te hebben.

Het is uiteindelijk aan de civiele rechter om het contracteerbeleid te toetsen aan de in de precontractuele fase geldende maatstaven van redelijkheid en billijkheid. De Good Contracting Practices kunnen voor de geschillencommissie en bij civiele procedures een rol spelen bij de beoordeling van wat redelijk en billijk is.

Vraag 466:
Waarom en waarin wijkt de zorg voor asielzoekers af van het basispakket?

Antwoord 466:
Het Ministerie van VenJ stelt het Zorgpakket Voor Asielzoekers (ZVA) vast op advies van MCA Menzis. Dit gecontracteerde zorgpakket is grotendeels gelijk aan het basispakket van de Zorgverzekeringswet. Op een beperkt aantal punten wijkt (de invulling van) het zorgpakket voor asielzoekers echter af. Zo worden IVF behandelingen via de ZVA niet en via het basispakket wèl vergoed. Omgekeerd geldt bijvoorbeeld dat het middel Stromectol bij asielzoekers het meest aangewezen middel is bij scabiës, hoewel dit niet standaard vergoed vanuit de basisverzekering (wel andere middelen voor scabiës).

Daarnaast is er ook een beperkt aanvullend pakket afgesloten: daarin zit noodhulp tandheelkunde, een bril per drie jaar bij medische noodzakelijkheid, taxivervoer bij gebleken afwezigheid van openbaar vervoer en aanvullende ondersteuning door de huisarts (GC A constructie). In sommige gevallen worden er middelen voorgeschreven en vergoed die niet opgenomen zijn in het basispakket.

Vraag 467:
Waarom bevat Tabel 5 (over de kerncijfers Zorgverzekeringswet) geen kerncijfers over de wijkverpleging, bijvoorbeeld in de vorm van cijfers over het aantal casemanagers dementie?

Antwoord 467:
Ik ben voornemens in de begroting van 2017 enkele kerncijfers over de wijkverpleging op te nemen. Hierbij zal ik ook kijken of het mogelijk is om kerncijfers op te nemen over het type zorg dat wordt geleverd vanuit de aanspraak wijkverpleging, zoals casemanagement dementie en intensieve kindzorg. Overigens worden in de Zvw de aanspraken functioneel omschreven. Dit betekent dat wordt bepaald op welke zorg de verzekerde recht heeft. Door wie de zorg wordt verleend en waar, wordt in de praktijk nader ingevuld door aanbieder en verzekeraar. Dit geldt ook voor de aanspraak wijkverpleging.

Het is aan aanbieders en zorgverzekeraars om afspraken te maken over degene die het casemanagement bij dementie uitvoert. Dit kan zijn een gespecialiseerde casemanager dan wel een wijkverpleegkundige. Om deze reden vindt geen registratie plaats van het aantal casemanagers dementie.

Vraag 468:
Wanneer zijn de cijfers bekend voor wat betreft de GGZ over de jaren 2013 en 2014. Kunt u zodra de cijfers bekend zijn een geactualiseerde tabel toesturen aan de Kamer?

Antwoord 468:

Deze cijfers worden opgenomen in marktscan van de NZa. De komende marktscan wordt begin 2016 voorzien, hierin worden cijfers uit 2013 opgenomen. De marktscan met cijfers uit 2014 wordt het jaar daarop verwacht. De marktscan van de NZa betreft openbare informatie en wordt regulier aan de Tweede Kamer aangeboden. De geactualiseerde tabel wordt in het Jaarverslag 2015 opgenomen.

Vraag 469:
Hoe is de uitwerking van het beleid te controleren wanneer en geen actuele getallen over het aantal behandelingen in de ggz zijn?

Antwoord 469:
Het is inderdaad lastig dat de gegevens bij de curatieve ggz zo laat beschikbaar zijn. Daarom werk ik via het traject versnelling informatievoorziening aan het eerder beschikbaar krijgen van relevante informatie. Ik vraag de contracteringsgevens via verzekeraars op om duidelijk te hebben hoe de contractering zich verhoudt tot de beschikbare ruimte. Op het gebied van de ambulantisering heb ik een aparte monitor opgezet om deze ontwikkeling zo goed mogelijk te monitoren.

Vraag 470:
Wat was – naast het aantal behandelingen – de gemiddelde behandelduur en het aantal behandeldagen in de periode 2010–2014?

Antwoord 470:
De gemiddelde doorlooptijd van alle afgesloten zorgtrajecten in de gespecialiseerde ggz in 2010 bedroeg 283 dagen (bron: pagina 13 van het NZa/DBCO advies Verkorting doorlooptijden prestaties ggz en FZ uit augustus 2014).

Het totaal aantal dagen verblijf bedroeg in 2010 4,2 miljoen dagen, in 2011 3,9 miljoen dagen en in 2012 3,6 miljoen dagen. Data van latere jaren zijn nog niet beschikbaar, zie hiervoor het antwoord op vraag 468.

Vraag 471:
Op welke wijze wordt het eerstelijns verblijf in 2017 gefinancierd? Indien dit nog niet bekend is, wanneer neemt de Minister hier een beslissing over?

Antwoord 471:
Op 17 juni jongstleden heb ik u geïnformeerd over het eerstelijnsverblijf (TK 34 104, nr. 60). In deze brief heb ik aangegeven het advies van de NZa op te volgen door de subsidieregeling onder de Wlz in 2016 voort te zetten met oog op overheveling van eerstelijnsverblijf naar de Zvw per 2017. De NZa stelt met ingang van 2017 bekostigingsvariant 1 uit het consultatiedocument voor als minimale variant. Wanneer blijkt dat specifieke doelgroepen gebruik maken van het eerstelijns verblijf die baat hebben bij een integraal aanbod van zorg, kan deze bekostigingsvariant goed verder worden ontwikkeld. Ik heb de NZa gevraagd hier een doorontwikkelagenda voor op te stellen.

Zoals in mijn brief toegelicht zetten alle partijen in op een gedegen overheveling van het eerstelijnsverblijf naar de Zvw per 2017. In aanloop naar 2017 heb ik afspraken gemaakt over de te volgen stappen; in november stelt Verenso in overleg met de betrokken beroepsgroepen een verwijsinstrument vast, eind 2015 stelt het Zorginstituut de duiding vast en de NZa stelt voor 1 juli 2016, met de informatie uit het verwijsinstrument en de duiding, prestaties en tarieven vast voor 2017.

Vraag 472:

Het verplichte eigen risico is een belangrijke financieringsbron van de Zorgverzekeringswet. In tabel 6 van het Financieel Beeld Zorg wordt een tegenvaller van € 174 miljoen gemeld vanaf 2016.
Betekent dit dat er ook in 2014 en 2015 tegenvallers waren bij het eigen verplichte eigen risico?

Antwoord 472:
De tegenvaller vanaf 2016 wordt veroorzaakt doordat de Zvw-uitgaven voor 2016 in de begroting 2015 hoger waren geraamd dan in de begroting 2016. Door uitvoeringsinformatie die in de loop van 2015 beschikbaar is gekomen (bijvoorbeeld geneesmiddelenuitgaven) bleek dat de uitgavenraming voor 2016 en verder met circa € 1 miljard omlaag kon. Hierdoor valt ook de geraamde opbrengst van het eigen risico lager uit.

De ramingen van VWS in begrotingen uit voorgaande jaren worden niet bijgesteld. De raming voor het eigen risico gaat, net als de uitgavenraming voor de Zvw, mee in het macroprestatiebedrag en daarmee in de risicoverevening. De ramingen worden achteraf nauwelijks bijgesteld, omdat de verzekeraars grotendeels risicodragend zijn.

Vraag 473:
Betekent de compensatie van de tegenvaller op de opbrengst van het eigen risico dat het eigen risico in feite te hoog ligt en er een omslagpunt is bereikt?

Antwoord 473:
De raming van de Zvw-uitgaven is in de voorliggende begroting ten opzichte van de stand in de VWS-begroting 2015 structureel neerwaarts bijgesteld. Dit heeft geleid tot structureel lagere opbrengsten van het eigen risico vanaf 2016 ter hoogte van € 174 miljoen.
Volgens de begrotingsregels moet de tegenvaller gedekt worden binnen het Budgettair Kader Zorg (BKZ). De tegenvaller op de opbrengst van het eigen risico is intertemporeel gedekt in de groeiruimte BKZ 2019 en 2020.

Vraag 474:
Waarom zet de Minister zo sterk in op kostenbeheersing van geneesmiddelen, terwijl deze slechts 14% van de Zvw-uitgaven voor 2016 in beslag nemen?

Antwoord 474:
Het zorgbudget is niet oneindig. Het is van belang dat de zorguitgaven houdbaar blijven, ook op de lange termijn. Dit betekent dat waar zorg doelmatiger geleverd kan worden we deze kansen moeten benutten. Dit geldt niet alleen voor geneesmiddelen, maar voor de totale zorgsector. Specifiek voor de geneesmiddelen zien we een ontwikkeling dat er steeds duurdere middelen op de markt komen, waarbij het in sommige gevallen de vraag is in hoeverre de gestelde prijs ook maatschappelijk verantwoord is.

Ik vind het van belang ook voor de lange termijn de betaalbaarheid en toegankelijkheid van geneesmiddelen te borgen. Daarom ben ik bezig met het opstellen van een integraal pakket van maatregelen op dit terrein. Zodra dit is afgerond zal ik u hierover informeren.

Vraag 475:
Kunt u de uitgavenontwikkeling van geneesmiddelen per jaar tot 2020 specificeren in intramurale en extramurale uitgaven? Op de introductie van welke nieuwe geneesmiddelen en het uit patent lopen van welke middelen baseert u deze ontwikkeling?

Antwoord 475:
Er is geen apart financieel kader voor intramurale geneesmiddelen. Er zijn financiële kaders gesteld voor de totale Medisch-Specialistische Zorg, waar de intramurale geneesmiddelen onder vallen, en de extramurale farmaceutische zorg (kader Geneesmiddelen). Deze staan weergegeven op pagina 190 respectievelijk 196 van de begroting van VWS voor het jaar 2016.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Kader MSZ	20.353,30	21.145,80	21.153,80	21.075,50	21.033,20	20.986,20
Kader EFZ	4.394,80	4.598,80	4.479,10	4.484,00	4.483,10	4.481,10

Het financiële kader tot en met 2017 is voor wat betreft medisch-specialistische zorg afgesproken in het Onderhandelaarsresultaat medisch-specialistische zorg 2014 t/m 2017 (Hoofdlijnenakkoord). De groeiruimte in de jaren daarna moet nog worden vastgesteld. Voor 2016 en verder wordt jaarlijks nog loon- en prijsbijstelling toegevoegd.

Voor wat betreft het kader voor extramurale farmaceutische zorg is 2016 gebaseerd op de raming van het Zorginstituut. In die raming zijn ook ontwikkelingen op het gebied van patentverloop (voornamelijk trendmatig) meegenomen. De groeiruimte vanaf 2017 moet nog worden vastgesteld. Voor 2016 en verder wordt jaarlijks nog loon- en prijsbijstelling toegevoegd.

Vraag 476:
Uit welke posten van de Zvw en de Wlz is de ophoging van het budget voor eerstelijnsverblijf gedekt?

Antwoord 476:
De dekking voor de ophoging van eerstelijnsverblijf vanuit de Zvw komt vanaf de post nominaal en onverdeeld (€ 33,5 miljoen in 2015 en € 42 miljoen in 2016). De dekking vanuit de Wlz komt vanuit vrijval op de subsidieregeling extramurale behandeling (€ 20 miljoen in 2015 en 2016) alsmede op de posten normatieve huisvestingscomponent (€ 6,8 miljoen in 2015 en € 10 miljoen in 2016) en nacalculeerbare kapitaallasten (€ 6,8 miljoen in 2015 en € 5 miljoen in 2016).

Vraag 477:
Hoeveel vals-positieve uitslagen komen er bij darmkankerscreening voor en hoe verhoudt zich dit tot de vals-positieve uitslagen bij andere vormen van kankerscreening? Is onderzocht of het aantal vals-positieve uitslagen bij bevolkingsonderzoeken gerelateerd is aan de kwaliteit van het screeningscentrum?

Antwoord 477:
Bij brief van 8 juli 2015 (TK 32 793, nr. 195) heb ik u de monitor van het eerste jaar bevolkingsonderzoek darmkanker toegestuurd. Samengevat is het aantal fout-positieven bij het bevolkingsonderzoek darmkanker 53 per 1.000 screeningen (ontlastingtest), bij baarmoederhalskanker 11 op de 1.000 screeningen (uitstrijkje) en bij borstkanker 18 op de 1.000 screeningen (mammografie). Het aantal vals-positieven heeft bij darmkanker niets te maken met de kwaliteit van het screeningscentrum maar met het screeningsinstrument: het is een kwestie van het aflezen van de waarde van de uitkomst van de ontlastingtest. Hoewel een coloscopie de meest gevoelige test is voor het opsporen van darmkanker en dus een lager aantal fout-positieven zou opleveren, heeft de Gezondheidsraad geadviseerd om dit niet als eerste screeningsinstrument bij het

bevolkingsonderzoek te gebruiken, maar als vervolgonderzoek na een positieve ontlastingtest.

Bij baarmoederhalskanker en borstkanker is de uitslag minder eenduidig vast te stellen. Bij baarmoederhalskanker gaat het om de beoordeling van het uitstrijkje door de laboratoriummedewerker. De kwaliteit van deze beoordelingen wordt door regionale referentie functionarissen extern geborgd door middel van rondzendingen en gezamenlijke besprekingen. Bij borstkanker gaat het om de beoordeling van de opnames van de mammografie door radiologen. De kwaliteit van deze beoordelingen wordt intensief gemonitord door het Landelijk Referentiecentrum Bevolkingsonderzoek door middel van visitaties. Bij alle screeningen op kanker wordt gestreefd naar een optimale balans tussen het aantal fout-positieve uitslagen en het aantal terecht positieve uitslagen. Deze balans wordt scherp in de gaten gehouden en waar nodig bijgesteld.

Vraag 478:
Kunt u een overzicht sturen van de hoogte van het eigen risico vanaf 2006 t/m 2016?

Antwoord 478:
Onderstaand een overzicht van het wettelijk verplicht maximaal eigen risico (ER) sinds 2006. In de tweede rij vindt u een overzicht van wat een verzekerde gemiddeld betaalde aan eigen risico. Let op: in 2006 en 2007 gold de no claim-regeling, waarbij het eigen risico vooraf werd betaald als onderdeel van de Zvw-premie.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Maximaal eigen risico	255	255	150	155	165	170	220	350[1]	360	375	385
Gemiddeld eigen risico	151	154	109	112	119	123	149	215	232	238	240

[1] In 2013 is het eigen risico naast de reguliere indexatie beleidsmatig opgehoogd met € 115, dit is destijds volledig gecompenseerd in de zorgtoeslag voor mensen op WML-niveau.

Vraag 479:
Is de opbrengst van het eigen risico zoals was verwacht?

Antwoord 479:
Het Zorginstituut Nederland rapporteert in haar jaarverslag fondsen de voorlopige vaststelling van de normatieve opbrengst van het eigen risico. Dit is de raming van het eigen risico gecorrigeerd voor het daadwerkelijk aantal verzekerden in een jaar. De geraamde opbrengst van het eigen risico is volgens de ontwerpbegroting 2013 € 2.865,3 miljoen. Volgens het jaarverslag fondsen van het Zorginstituut is de voorlopige vaststelling van de normatieve opbrengst van het eigen risico € 2.857,7 miljoen in 2013. Dit zijn de meest recente beschikbare realisatiegegevens.
De realisatie van het eigen risico dat daadwerkelijk wordt betaald door verzekerden wordt niet regulier gemonitord in verband met het normatieve karakter van het eigen risico in de risicoverevening en de beleidsvrijheid die verzekeraars hebben ten aanzien van het innen van het eigen risico. Een verzekeraar kan er bijvoorbeeld voor kiezen om het eigen risico niet in rekening te brengen omdat een verzekerde gebruik maakt van preferent aanbod. Dit beïnvloedt de realisatiecijfers ten opzichte van de geraamde opbrengst, maar is niet van invloed op de nauwkeurigheid van de raming. Jaarlijks maakt zowel VWS, het CPB en iBMG (in het kader van de risicoverevening) ieder afzonderlijk een raming van het eigen risico, deze ramingen liggen doorgaans bij elkaar in de buurt.

Vraag 480:
Wat wordt de verwachte opbrengst van het eigen risico volgend jaar?

Antwoord 480:
De opbrengst van het eigen risico in 2016 is geraamd op € 3.194,8 miljoen. Dit is onder andere terug te vinden op pagina 181 in Tabel 22: Ontvangsten Zvw vanaf de ontwerpbegroting 2015.

Vraag 481:
Hoeveel mensen hebben zorg vermeden vanwege het eigen risico vanaf 2006 t/m 2015? Kunt u hiervan een overzicht sturen?

Antwoord 481:
Zorgmijding wordt regelmatig in verband gebracht met het eigen risico, maar het kan ook andere oorzaken hebben. Omdat empirische cijfers over zorgmijding ontbreken, laten VWS, de LHV, ZN en de Consumentenbond gezamenlijk onderzoek doen naar zorgmijding. Door uitspraken van patiënten over zorgmijding te koppelen aan hun declaratiegegevens – en dus aan hun feitelijke zorggebruik – wordt in dit onderzoek nagegaan of daadwerkelijk sprake is van ongewenste zorgmijding. Verder wordt gekeken naar kenmerken als gezondheid, leeftijd en sociaaleconomische status van eventuele zorgmijders. De resultaten van het onderzoek worden eind oktober 2015 verwacht en zullen voorafgaand aan de behandeling van de VWS begroting aan uw Kamer gestuurd worden.

Vraag 482:
Hoeveel mensen hebben hun gehele eigen risico opgemaakt over 2012, 2013 en 2014?

Antwoord 482:
Ongeveer de helft van de verzekerdenpopulatie (13,5 miljoen verzekerden) maakt het eigen risico vol. Het Ministerie van VWS raamde het aandeel personen dat het verplicht eigen risico in de Zvw vol maakt in 2012 op 56% en in 2013 en 2014 op circa 54% van het totale aantal verzekerden van 18 jaar of ouder.

Vraag 483:
Hoeveel mensen konden in 2015 hun eigen risico niet meer betalen? Wat zijn hiervan de laatste cijfers?

Antwoord 483:
Deze cijfers zijn mij niet bekend. Het is de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar om het eigen risico te innen bij verzekerden. Zij hebben hierbij de vrijheid om geen eigen risico in rekening te brengen als een verzekerde, bijvoorbeeld, een voorkeursaanbieder raadpleegt.

Vraag 484:
Waarom is de raming van het eigen risico neerwaarts bijgesteld?

Antwoord 484:
De raming van de opbrengst van het eigen risico is met € 174 miljoen neerwaarts bijgesteld. Hiervoor zijn diverse verklaringen. De belangrijkste is de neerwaartse bijstelling van de verwachte Zvw-uitgaven in 2016 ten opzichte van de stand in de ontwerpbegroting 2015. Het grootste deel van de uitgavendaling zit bij de geneesmiddelen. Het is bekend dat een uitgavendaling in de geneesmiddelen vaak een groter effect heeft op de opbrengst van het eigen risico dan bijvoorbeeld een daling in de uitgaven voor geriatrische revalidatiezorg (omdat patiënten in deze sector vaak hun gehele eigen risico opmaken, ook aan andere zorg) of huisartsenzorg (omdat deze sector niet meetelt voor het eigen risico). Daarnaast is het

ramingsmodel geactualiseerd met de nieuwe risicovereveningsdata over de verdeling van de individuele zorguitgaven.

Vraag 485:
Hoeveel mensen troffen in 2014 en 2015 een betalingsregeling voor het eigen risico?

Antwoord 485:
Nagenoeg alle verzekeraars bieden verzekerden de mogelijkheid om het eigen risico gespreid te betalen. Op dit moment ontbreken gegevens over het aantal verzekerden dat daadwerkelijk gebruik maakt van deze optie. Onderzoek van de NZa uit 2014 duidt erop dat een grotere bekendheid en een actiever aanbod van de mogelijkheid tot gespreid betalen ook leidt tot een groter gebruik. Ik vind het gespreid betalen van het eigen risico overigens een goede zaak, omdat op deze manier het betalen van de zorgkosten onder het eigen risico in de pas loopt met de compensatie voor deze zorgkosten vanuit de zorgtoeslag.

Vraag 486:
Hoeveel mensen betaalden in 2014 uiteindelijk hun eigen risico niet?

Antwoord 486:
Deze cijfers zijn mij niet bekend. Het is de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar om het eigen risico te innen bij verzekerden. Zij hebben hierbij de vrijheid om geen eigen risico in rekening te brengen als een verzekerde, bijvoorbeeld, een voorkeursaanbieder raadpleegt.

Vraag 487:
Wat zijn de uitvoeringskosten gemoeid met het de uitvoering van het eigen risico?

Antwoord 487:
Het is de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars om het eigen risico te innen. De uitvoeringskosten daarvan zijn niet bekend.

Vraag 488:
Kan kwantitatief en kwalitatief worden aangegeven in hoeverre het eigen risico in 2015 heeft geleid tot het minder gebruik maken van zorg en of dit heeft geresulteerd in gezondheidsschade?

Antwoord 488:
Zie het antwoord op vraag 481.

Vraag 489:
Kan in een tabel op hoofdlijnen over alle (afzonderlijk ingevulde) jaren van deze kabinetsperiode geschetst worden wat, ten opzichte van het basispad waar vanuit is gegaan, de budgettaire consequenties zijn van de hervorming van de langdurige zorg (HLZ)? Kan in deze tabel tevens specifiek inzichtelijk gemaakt worden:

a. Welke mutaties in dit verband voortvloeien uit de begroting 2016?
b. Wat naar huidige inzichten de budgettaire consequenties van de HLZ zijn voor de Wmo, AWBZ/Wlz en de verpleging en verzorging (wijkverpleging)?

Antwoord 489:

Onderstaande tabel schetst op hoofdlijnen de budgettaire consequenties van de Hervorming van de Langdurige Zorg ten opzichte van het basispad uit de ontwerpbegroting 2015.[33]

- In onderdeel A van de tabel is voor de afzonderlijke jaren van deze kabinetsperiode aangegeven welke middelen vanuit de AWBZ zijn overgegaan naar de Wlz (A1), de Zvw-wijkverpleging (A2), de Wmo 2015 (A3) en de Jeugdwet (A4). Bij de Jeugdwet betreft het behalve de middelen vanuit het «oude AWBZ-domein» ook de middelen die vanuit de Zvw zijn overgeheveld voor de curatieve jeugd ggz.
- Onderdeel B van de tabel presenteert de mutaties per domein (B1 t/m B4) die verwerkt zijn in de begroting 2016. Deze mutaties komen voort uit de actualisering van de verdeling over de domeinen op basis van realisatiecijfers over het feitelijke zorggebruik in 2014 en vanuit de toedeling van groeimiddelen. Daarnaast zijn de actuele nominale ontwikkelingen in de begroting verwerkt.
- Onderdeel C van de tabel laat voor de vier domeinen (C1 t/m C4) de actuele uitgavenstanden zien, zoals deze zijn verwerkt in de begroting 2016 van VWS.

Budgettaire consequenties HLZ 2015–2017, basispad, mutaties en actuele uitgavenstanden per domein

bedragen x € 1 miljoen		**2015**	**2016**	**2017**
A) Basispad middelen betrokken bij hervorming langdurige zorg (standen ontwerpbegroting 2015)				
A1	Naar Wlz	19.456	19.147	19.311
A2	Naar Zvw (wijkverpleging)	3.079	3.336	3.589
A3	Naar integratie-uitkering Wmo2015	3.510	3.589	3.453
A4	Naar Jeugdwet	2.146	2.076	2.024
B) Mutaties per domein in begroting 2016				
B1	Mutatie Wlz-uitgaven	+395	+752	+422
B2	Mutatie Zvw (wijkverpleging)	+88	+10	– 28
B3	Mutatie Integratie-uitkering Wmo2015	+34	– 16	+160
B4	Mutatie Jeugdwet	– 113	– 212	– 204
C) Standen per domein in begroting 2016				
C1	Stand Wlz	19.851	19.899	19.732
C2	Stand Zvw (wijkverpleging)	3.167	3.346	3.562
C3	Stand Integratie-uitkering Wmo2015	3.544	3.573	3.613
C4	Stand Jeugdwet	2.033	1.864	1.821

Vraag 490:
Hoeveel zwerfjongeren telt Nederland nu en hoeveel opvangplekken hebben wij voor deze zwerfjongeren?

Antwoord 490:
Het is niet bekend hoeveel zwerfjongeren er nu zijn in Nederland. Het meest recente telonderzoek naar het aantal zwerfjongeren is in 2011 uitgevoerd. Het op basis daarvan geschatte aantal zwerfjongeren in 2010 bedroeg ongeveer 8.000 op jaarbasis en per dag ongeveer 3.600.

In Opvangatlas.nl kunnen instellingen aangeven of het door hen geregistreerde aanbod geschikt is voor zwerfjongeren. Per 01-01-2013 was de capaciteit van die locaties 407 bedden en 23.000 uur hulpverlening per

[33] Behalve deze ontwikkelingen op hoofdlijnen zijn er (zoals toegelicht in de ontwerpbegroting 2015) op meer beperkte schaal middelen verschoven vanuit de AWBZ naar de begroting van VWS (Rijksvaccinatieprogramma, het Nationaal programma ouderen, de behandeling van zintuiglijk gehandicapten en de Transitieprojecten Hlz) en de begroting van V&J (voor jeugdigen in detentie met een zorgvraag). Ook is een deel van de middelen voor GGZ-B en zintuiglijk gehandicapten en de middelen voor kortdurend eerstelijnsverblijf overgeheveld naar de Zvw. Tot slot zijn er in verband met indexering en extramuralisering middelen overgeheveld naar de Wmo voor bestaande taken rond huishoudelijke verzorging.

jaar. Dit is slechts een deel van de totale capaciteit omdat niet alle instellingen het (volledige) aanbod op de Opvangatlas hebben staan.

Vraag 491:
Hoeveel maatschappelijke opvanglocaties zijn afgelopen jaren gesloten?

Antwoord 491:
Het is niet bekend hoeveel locaties voor maatschappelijke opvang de afgelopen jaren zijn gesloten dan wel zijn geopend. Veelal is de registratie gericht op aantal plekken of trajecten en niet op het aantal locaties.

Vraag 492:
Hoeveel gezinnen zijn in 2015 op straat beland vanwege de crisis?

Antwoord 492:
Het is niet bekend hoeveel gezinnen in 2015 op straat zijn beland vanwege de crisis, omdat dit lastig als zodanig te definiëren valt en dit niet wordt geregistreerd.

Vraag 493:
Hoeveel opvangplekken zijn er voor gezinnen en is dit voldoende?

Antwoord 493:
Het is niet bekend hoeveel opvangplekken er zijn voor gezinnen omdat dit niet wordt geregistreerd.

Voor de monitor Stedelijk Kompas 2013 is aan de centrumgemeenten gevraagd in hoeverre zij de capaciteit van de preventieve woonbegeleiding, woonbegeleiding en crisisopvang voor gezinnen in hun gemeente voldoende achtten. Iets meer dan de helft van de gemeenten achtte de capaciteit voor preventieve woonbegeleiding voldoende, voor woonbegeleiding bij uitstroom vond ruim drie kwart van de gemeente deze voldoende en voor crisisopvang schatte ongeveer de helft dit in als voldoende.

Voor de monitor Stedelijk Kompas 2013 is de centrumgemeenten tevens gevraagd in hoeverre gezinnen waarvoor geen opvangplek beschikbaar is een alternatief aanbod krijgen. Veel centrumgemeenten helpen deze gezinnen vooral door te verwijzen naar het eigen netwerk of hulp te bieden bij het vinden van een plek in een andere regio. Andere alternatieven zijn een tijdelijke plek in de maatschappelijke opvang zonder gezinsunits, een tijdelijke opvangplek in een hotel of vakantiehuisje op kosten van de gemeente en soms ook tijdelijke marginale huisvesting. Vrijwel alle gemeenten geven aan enig alternatief aan te bieden in een dergelijke situatie.

Vraag 494:
Zijn er voor zwerfjongeren en daklozen voldoende aansluitingsmogelijkheden naar werk, wonen en zorg?

Antwoord 494:
Bij zwerfjongeren en daklozen is veelal sprake van problematiek op verschillende levensgebieden die op elkaar inwerken. Hierbij is het dan ook belangrijk om de geboden hulp op deze verschillende levensgebieden goed op elkaar af te stemmen.

Op basis van de per 1 januari 2015 geldende wetten, zoals de Wmo 2015 en de Participatiewet kunnen personen met een hulpvraag op het gebied van inkomen, werk en maatschappelijke ondersteuning (waaronder dus dakloosheid) beter terecht bij een gemeente, die de mogelijkheid en de

verplichting heeft om integraal naar de hulpvraag te kijken en op basis daarvan een passend ondersteuningsaanbod moet doen. Hierdoor kan de aansluiting op de gebieden werk, wonen en zorg worden bevorderd.

Gemeenten kunnen hiervoor bijvoorbeeld afspraken maken met woning-corporaties over vroegsignalering van overlast of betalingsachterstand en over het aantal beschikbare woningen ten behoeve van doorstroom uit de maatschappelijke opvang. Tevens kan ondersteuning geboden worden bij het afsluiten van een zorgverzekering, waarmee de toegang tot de zorg geregeld wordt.

Vraag 495:
Hoeveel locaties maatschappelijke opvang zijn er in Nederland?

Antwoord 495:
Het aanbod van de opvang wordt voor een groot deel geadministreerd in de Opvangatlas.nl. Instellingen voor opvang registreren hier zelf welk aanbod zij hebben. De capaciteit wordt in de Opvangatlas uitgedrukt in type hulpverlening met een aantal trajecten, systemen, bedden, uren per jaar, etc. Niet alle instellingen administreren op hetzelfde detailniveau, dit is mede afhankelijk van in hoeverre de instelling wil dat het aanbod zichtbaar is op de Opvangatlas. In verband met veiligheidsoverwegingen kan het bijvoorbeeld voor locaties vrouwenopvang niet wenselijk zijn dat de gegevens in de Opvangatlas terug te herleiden zijn naar een adres.

De dienstverlening voor deze kwetsbare groep is divers en bestaat onder andere uit diverse vormen van ambulante hulpverlening, nachtopvang, dagopvang, wonen met meer of minder intensieve begeleiding. Hiermee kan de capaciteit van een locatie sterk variëren. Federatie Opvang geeft tevens aan dat er waarschijnlijk enkele duizenden woningen in gebruik zijn door cliënten die instellingen huren van corporaties of andere verhuurders. Deze worden niet expliciet geadministreerd in de Opvangatlas.

Exacte cijfers over het aantal locaties voor maatschappelijke opvang en vrouwenopvang zijn dan ook niet aanwezig.

Vraag 496:
Hoeveel locaties vrouwelijke opvang zijn er in Nederland?

Antwoord 496:
Zie het antwoord op vraag 495.

Vraag 497:
Hoeveel opvanglocaties zijn er totaal in Nederland?

Antwoord 497:
Zie het antwoord op vraag 495.

Vraag 498:
Kunnen de kortingen uit hoofde van «herverdelingseffecten Wlz» (208 miljoen euro in 2016 en 446 miljoen euro vanaf 2017) en «onderuitputting contracteerruimte Wlz» (40,3 miljoen euro vanaf 2016) nader gemotiveerd worden? Zijn dit in wezen geen taakstellende onderuitputtingen in de Wlz? En hoe verhouden deze kortingen zich tot o.a. de extra uitgaven uit hoofde van «actualisering Wlz» (van 309,4 miljoen euro in 2016 naar 368,5 miljoen euro vanaf 2018) en de enveloppe waardigheid en trots (van 132,5 miljoen euro in 2016 naar 157,5 miljoen euro in 2019?

Antwoord 498:

De mutatie uit hoofde van «herverdelingseffecten Wlz» (€ 208 miljoen in 2016 en € 446 miljoen vanaf 2017) betreffen geen budgettaire kortingen, maar de toedeling van de volumegroei 2016 en 2017 aan de Wmo 2015 en het jeugddomein en het toedelen van de tranches extramuralisering 2016 en 2017 aan de Wmo 2015. Deze bedragen waren in de begroting 2015 nog gereserveerd op het Wlz-artikel en zijn nu overgeheveld naar de genoemde domeinen. Het betreft dus geen taakstellende onderuitputting.

De mutaties «onderuitputting contracteerruimte Wlz» (€ 40,3 miljoen vanaf 2016) betreft evenmin een taakstellende korting. De contracteerruimte liet de afgelopen jaren bij de nacalculatie een onderuitputting zien van circa 1%. Het kabinet zet hiervan nu € 40 miljoen in als dekking.
Er is tot slot geen relatie tussen de hiervoor genoemde mutaties en de extra uitgaven uit hoofde van «actualisering Wlz» en de «enveloppe waardigheid en trots».

Vraag 499:
Kan in een van een toelichting voorziene tabel over de jaren 2016 t/m 2020 worden gespecificeerd waaraan de enveloppe in welk jaar precies wordt besteed?
Komen deze financiële middelen bij de contracteerruimte of kunnen deze middelen alleen aangewend worden voor dagactiviteiten en opleidingen voor personeel? Hoe verhoudt de enveloppe zich tot het in het voorjaar van 2015 gepresenteerde plan «Waardigheid en trots», en welke nieuwe elementen bevat de enveloppe ten opzichte van het reeds gepresenteerde plan?

Waarom beschouwt Tabel 8 op blz. 153 van de VWS-begroting de enveloppe Waardigheid en trots als een beleidsmatige mutatie, terwijl de verticale toelichting op blz. 109 van de internetbijlagen bij de Miljoenennota de enveloppe als een technische (en dus niet als een beleidsmatige) mutatie boekt? Betreft de toevoeging van de enveloppe nu een technische bijstelling of een beleidswijziging?

Antwoord 499:
In totaal is er vanuit de enveloppe in de begroting van VWS een bedrag van € 140 miljoen in 2016 oplopend tot € 210 miljoen structureel vanaf 2020 beschikbaar gesteld[34]. Deze middelen zijn beschikbaar om invulling te geven aan het plan «Waardigheid en trots», zoals dit voorjaar gepresenteerd. Daarbovenop is de geplande taakstelling uit het regeerakkoord op de Wlz van € 45 miljoen in 2016 geschrapt. Het is nog niet mogelijk om exact te specificeren waaraan de enveloppe in welk jaar precies wordt besteed. Om zeker te stellen dat de intensiveringsmiddelen ook worden aangewend zoals bedoeld zal ik de komende periode benutten om afspraken te maken met de zorgkantoren en zorgaanbieders. Daarna zal ik bekend maken op welke wijze en wanneer deze extra middelen beschikbaar worden gesteld.

In tabel 8 van de VWS-begroting zijn de enveloppe-middelen als een beleidsmatige mutatie geboekt, aangezien deze vanuit de begroting van VWS voor een beleidsintensivering op het terrein van de kwaliteit van verpleeghuizen zullen worden ingezet. De toevoeging van de enveloppemiddelen aan de VWS-begroting (en het budgettair kader zorg) gebeurt via een overboeking vanuit de aanvullende post van het Ministerie van Financiën. Dit betreft een technische mutatie, zoals aangegeven in de Miljoenennota.

---

[34] Hiervan is op de begroting een bedrag van € 2,5 miljoen vanaf 2016 gereserveerd voor apparaatsuitgaven VWS en een bedrag van € 5 miljoen vanaf 2016 voor apparaatsuitgaven Inspectie Gezondheidszorg.

Vraag 500:
Zijn de oorzaken van de oplopende begrotingsuitgaven voor langdurige zorg en ondersteuning vanaf 2015 vooral van demografische aard of zijn er ook andere oorzaken?

Antwoord 500:
De netto Wlz-uitgaven in de ontwerpbegroting 2016 lopen op van € 18,0 miljard in 2015 tot € 19,4 miljard in 2019. Deze verwachte ontwikkeling is inderdaad onder meer het gevolg van demografische effecten. Daarnaast is rekening gehouden met de verwachte ontwikkeling van lonen en prijzen en met beleidseffecten, zoals de efficiencykorting Wlz, oploop in de effecten extramuralisering en de afloop overgangsrecht lage zzp's.

Vraag 501:
Uit de enveloppe waardigheid en trots komen er middelen beschikbaar (€ 132,5 mln in 2016, € 152,5 mln in 2017 en 2018, € 157,5 mln in 2019 en € 202,5 mln in 2020) voor een kwaliteitsimpuls voor verpleeghuizen en investeringen in dagactiviteiten:
Hoe verhoudt de enveloppe waardigheid en trots zich tot de in het persbericht over de VWS-begroting (https://www.Rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/nieuws/2015/09/15/kabinet-investeert-fors-in-verpleeghuiszorg) beschreven investering in de kwaliteit van verpleeghuizen die zou oplopen van € 140 mln in 2016 tot € 210 mln structureel, alsmede tot de op blz. 13 van de Miljoenennota genoemde € 210 mln structureel voor kwaliteit van leven in instellingen? Wat is het precieze tijdpad behorend bij de genoemde investering en waarom sluit de informatie in het persbericht niet één op één aan op de memorie van toelichting van de VWS-begroting?

Antwoord 501:
Het verschil tussen de bedragen die in tabel 8 van de VWS-begroting zijn opgenomen voor de enveloppe «waardigheid en trots» en de bedragen van het persbericht betreft de middelen die voor de apparaatuitgaven zijn gereserveerd. Het gaat daarbij om een bedrag van € 2,5 miljoen vanaf 2016 voor het kerndepartement en een bedrag van € 5 miljoen vanaf 2016 voor apparaatuitgaven voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Onderstaande tabel geeft het precieze tijdpad bij de genoemde intensiveringsmiddelen. De totaalbedragen uit het persbericht zijn in de VWS-begroting dus over drie posten verdeeld.

Tabel: Aansluiting bedragen «waardigheid en trots» tussen VWS-begroting en persbericht

bedragen x € 1 miljoen	2016	2017	2018	2019	2020
Wlz-uitgaven (tabel 8 VWS-begroting)	133	153	153	158	203
Apparaat VWS (pagina 108 VWS-begroting)	3	3	3	3	3
Inspectie voor de Gezondheidszorg (pagina 110 VWS-begroting)	5	5	5	5	5
Totaal enveloppe «waardigheid en trots»	**140**	**160**	**160**	**165**	**210**

Vraag 502:
Kan de regering toelichten waarom de afbouw van de lagere zorgzwaartepakketten minder snel gaat dan verwacht?

Antwoord 502:
Bij het maken van de ramingen van het tempo van extramuralisering was in de ouderenzorg een constant uitstroomtempo van cliënten met een laag zzp voorzien in drie jaar tijd (door overlijden of doorstroom naar een hoger zzp). In 2014 is gebleken dat het tempo van extramuralisering lager lag dan voorzien en op basis daarvan zijn de ramingen bijgesteld.

De raming is vooral van belang om de benodigde macro-budgetten te berekenen en heeft geen betekenis voor de rechten van de individuele cliënt; een cliënt die met een laag zzp in een instelling verblijft, houdt het recht op verblijf in een instelling.

Vraag 503:
Welk bedrag komt volgend jaar aan Wlz-premie binnen bij de belastingdienst voordat het beslag voor de heffingskortingen plaatsvindt?

Antwoord 503:
De Wlz-premie wordt voor 2016 geraamd op € 14.100 miljoen In dit bedrag is voor € 12.362 miljoen aan heffingskortingen verrekend. Zonder verrekening van heffingskortingen is de opbrengst dus € 26.462 miljoen

Vraag 504:
Voor hoeveel zal het Wlz-fonds gecompenseerd worden voor het afromen van Wlz-premie ten behoeve van de heffingskortingen (hoe hoog is de BIKK)?

Antwoord 504:
De Bijdrage in de Kosten van Kortingen (BIKK) bedraagt in 2016 € 3.265,7 miljoen.

Vraag 505:
Hoe hoog moet de Wlz-premie zijn wanneer zij voor 100% in het Wlz-fonds gestort zou worden ten behoeve van de geraamde uitgaven voor de Wlz?

Antwoord 505:
Op dit moment wordt de Wlz-premie geheel afgedragen aan het Fonds langdurige zorg. Naar de huidige inschatting is de huidige Wlz-premie van 9,65% voldoende om binnen deze kabinetsperiode, rekening houdend met de opbrengst van eigen bijdragen en de Bijdrage in de kosten van kortingen (BIKK) alle uitgaven te dekken.

Indien met de vraag wordt bedoeld hoe hoog de Wlz-premie zou moeten zijn als in afwijking van de wettelijk vastgelegde systematiek de heffingskortingen niet in mindering worden gebracht en uit de Wlz-premie in 2016 alle Wlz-uitgaven gedekt kunnen worden (en er dus geen rekening wordt gehouden met de eigen bijdragen en de BIKK) dan is het antwoord 7,25%.

Vraag 506:
Hoe hoog moet de Wlz-premie zijn wanneer deze samen met de inkomsten van eigen bijdragen kostendekkend is voor de geraamde uitgaven voor de Wlz?

Antwoord 506:
Indien met de vraag wordt bedoeld hoe hoog de Wlz-premie zou moeten zijn als in afwijking van de wettelijk vastgelegde systematiek de heffingskortingen niet in mindering worden gebracht en uit de Wlz-premie en de eigen bijdragen in 2016 alle Wlz-uitgaven gedekt kunnen worden (en er dus geen rekening wordt gehouden met de BIKK) dan is het antwoord 6,6%.

Vraag 507:
Wat komt er binnen in de BIKK?

Antwoord 507:
De Bijdrage in de Kosten van Kortingen (BIKK) bedraagt in 2016 € 3.265,7 miljoen.

Vraag 508:
Kunt u de volgende gegevens in een overzicht plaatsen:
1. Jaarlijkse premieopbrengsten AWBZ/Wlz vanaf 1999 tot heden
2. Welk bedrag vanaf 1999 tot heden jaarlijks van de premieopbrengsten AWBZ/Wlz aan heffingskortingen wordt besteed
3. Welk bedrag vanaf 1999 tot heden jaarlijks via de bijdrage in de kosten van kortingen (BIKK) wordt gecompenseerd
4. Het verschil tussen de compensatie via de BIKK en het bedrag dat opgaat aan heffingskortingen per jaar vanaf 1999 tot heden
5. De jaarlijkse uitgaven aan AWBZ/Wlz zorgkosten vanaf 1999 tot heden
6. De jaarlijkse inkomsten aan eigen bijdragen vanaf 1999 tot heden
7. Het verschil tussen de totale premieopbrengsten en de jaarlijkse uitgaven minus de eigen bijdragen vanaf 1999 tot heden
8. De jaarlijkse opbrengst van de eigen bijdragen vanaf 1999 tot heden
9. De jaarlijkse uitgaven aan AWBZ/Wlz zorgkosten vanaf 1999 tot heden minus de opbrengst eigen bijdragen.
10. AWBZ/Wlz-premies exclusief heffingskortingen minus zorguitgaven en minus opbrengst eigen bijdragen
11. Wilt u een raming doen m.b.t. vraag 1 tot met 10 voor het jaar 2016?
12. Wilt u een raming doen m.b.t. vraag 1 tot en met 10 voor de Wlz in het jaar 2016?

Antwoord 508:
De gevraagde cijfers staan in onderstaande tabel.

AWBZ- en WLZ inkomsten en uitgaven (miljarden euro's)

	Premie-opbrengst AWBZ/Wlz	Heffings-kortingen in AWBZ/Wlz-premie	BIKK	Heffings-kortingen minus BIKK	Uitgaven	Eigen bijdragen	Uitgaven minus eigen bijdragen	Premies minus uitgaven min eigen bijdragen	Premies excl heff.kortingen minus uitgaven min eigen bijdragen
	A	B	C	D=B-C	E	F	G=E-F	H=A-G	I=A+B-G
1999	13	–	–	–	13	2	12	1	1
2000	14	–	–	–	15	2	13	1	1
2001	11	9	2	7	16	2	15	– 4	5
2002	12	9	2	7	18	2	17	– 5	4
2003	14	12	4	8	20	2	18	– 4	8
2004	16	13	5	8	21	2	19	– 3	10
2005	16	14	5	9	22	2	20	– 4	10
2006	14	14	5	9	23	2	21	– 7	7
2007	13	14	4	9	23	2	21	– 8	6
2008	16	14	5	10	22	2	20	– 5	10
2009	14	15	5	10	23	2	22	– 8	7
2010	15	15	5	10	24	1	23	– 8	7
2011	15	15	5	10	25	2	24	– 8	7
2012	17	16	5	10	28	2	26	– 10	6
2013	19	15	4	11	27	2	26	– 7	8
2014	19	15	4	11	28	2	26	– 7	8
2015	15	12	3	9	20	2	18	– 3	9
2016	17	12	3	9	20	2	18	– 1	11

Voor de premies en de heffingskortingen is aangesloten bij CPB-cijfers, voor de uitgaven en eigen bijdragen bij VWS-cijfers.

Vraag 509:
Uit realisatiecijfers over de ontwikkeling van het aantal lage zzp's in de V&V-sector blijkt dat de daling in 2014 minder snel gaat dan verwacht. Op basis van een meer gematigd uitstroomtempo in de rest van 2014 en in 2015 wordt verwacht dat het gemiddelde aantal lage zzp's in 2015 uitkomt op circa 17.500. Dit leidt tot extra intramurale Wlz-uitgaven. Daarnaast worden extra middelen beschikbaar gesteld om afbakeningsknelpunten voor ouderen met zzp 4 in de Wlz op te lossen. Komt dit omdat mensen

niet snel genoeg dood gaan? Welk effect heeft dit op de ingeboekte bezuiniging die ingeboekt was op het stoppen met de financiering van zzp 1–3? Moet er onderhand niet geld toegelegd worden op deze maatregel? Zo ja, bent u dan bereid deze maatregel terug te draaien/ Zo nee, kan dit in een overzicht aangetoond worden?

Antwoord 509:
De meer gematigde afbouw van het aantal intramurale cliënten met een laag zzp is te verklaren doordat cliënten minder snel uitstromen dan verwacht. De uitstroom vanuit een laag zzp hangt niet alleen samen met sterfte, maar ook met doorstroom naar een hoger zzp. De effecten van het langzamere afbouwtempo op de ingeboekte besparingen zijn verwerkt in de VWS-begroting 2016. Dat geldt ook voor de extra middelen voor zzp4. De netto besparingen komen hierdoor per saldo structureel € 125 miljoen lager uit. Onderstaande tabel geeft een geactualiseerd beeld van de geactualiseerde netto-besparingen. Deze lopen op van € 130 miljoen in 2015 tot € 235 miljoen structureel.

Tabel 509: Opbouw netto besparingen extramuralisering, stand begroting 2016

bedragen x € 1 miljoen		2015	2016	2017	2018	structureel
1	Besparing Wlz-uitgaven	– 730	– 1.100	– 1.310	– 1.420	– 1.710
2	Derving intramurale eigen bijdragen Wlz	145	220	255	275	320
3	Compensatie Wmo	250	400	500	550	710
4	Compensatie Zvw	175	265	320	345	385
5	Compensatie huurtoeslag	30	45	55	60	60
6	**Saldo netto besparing extramuralisering**	**– 130**	**– 170**	**– 180**	**– 190**	**– 235**

De lagere opbrengst van deze maatregel wordt dus niet verklaard door een lagere besparing per cliënt, maar door een lager aantal cliënten dat uitstroomt uit de Wlz. Dit betekent ook dat er minder intramurale plaatsen afgebouwd hoeven te worden.

Vraag 510:
Herverdelingseffecten Wlz. Deze mutatie betreft hoofdzakelijk het toedelen van de volumegroei 2016 en 2017 aan de Wmo 2015 en het jeugddomein en het toedelen van de tranches extramuralisering 2016 en 2017 aan de Wmo 2015. In 2016 wordt er 208 miljoen euro toebedeeld aan de Wmo in het kader van de extramuralisering en in datzelfde jaar moet er 259 miljoen euro bij de Wlz omdat het uitstroomtempo te laag is. Kan een uitgebreide toelichting worden gegeven, ook over de jaren 2017 t/m 2019, waarin dit ook gebeurt, maar dan met nog hogere bedragen?

Antwoord 510:
De genoemde mutaties staan los van elkaar. In de begroting 2015 waren de middelen voor gemeenten in verband met de effecten van extramuralisering in 2016 en 2017 nog gereserveerd op het Wlz-artikel van de VWS-begroting. Via de mutatie «herverdelingseffecten Wlz» zijn deze middelen overgeheveld naar de Wmo 2015 bij gemeenten. Via de mutatie «Extramuraliserings-effecten (zzp's 1–3 en zzp 4)» is gecorrigeerd voor het feit dat de daling van het aantal intramurale cliënten met een laag zzp in de V&V-sector minder snel gaat dan verwacht in de begroting 2015.

Daarnaast worden via deze mutaties extra middelen beschikbaar gesteld om afbakenings-knelpunten voor ouderen met zzp 4 in de Wlz op te lossen. De mutatie «Extramuraliseringseffecten» loopt op, omdat in de begroting 2015 nog (ten onrechte) was verondersteld dat het aantal intramurale cliënten met een indicatie voor V&V4 in de Wlz op termijn met 25% zou afnemen. In de begroting 2015 was derhalve nog sprake van een geleidelijk oplopende besparing op de Wlz. Dit is in de begroting 2016

gecorrigeerd, zodat er in het budgettaire kader Wlz voldoende middelen beschikbaar zijn om alle cliënten V&V4 in de Wlz te blijven bekostigen (inclusief de demografische ontwikkeling van deze groep).

Vraag 511:
Compensatie RA-maatregel kern-awbz in 2016. Deze mutatie betreft de inzet van enveloppe-middelen 2016 ter compensatie van de Regeerakkoord-taakstelling kern-AWBZ in 2016. Waar is de taakstelling van 500 miljoen euro voor 2017 gebleven?

Antwoord 511:
De taakstelling op de Wlz uit het regeerakkoord van € 500 miljoen vanaf 2017 is niet gewijzigd.

Vraag 512:
Enveloppe: waardigheid en trots Deze mutatie betreft de investering in de kwaliteit van leven in instellingen. Dit betreft een kwaliteitsimpuls voor verpleeghuizen en investeringen in dagactiviteiten. Voor 2016 is een bedrag gereserveerd van 132.5 miljoen euro oplopen tot 152.5 miljoen euro in de jaren daarna. Waar gaat dit bedrag precies aan besteed worden? Kan een uitgebreide berekening worden verschaft?

Antwoord 512:
Uitgangspunt is dat de kwaliteit van zorg omhoog moet en beter moet aansluiten op de wensen, behoeften en mogelijkheden van de cliënt en daarvoor hebben professionals de ruimte en competenties nodig. Met deze intensiveringsmiddelen zijn extra dagactiviteiten voor ouderen in een verpleeghuis mogelijk en kan worden geïnvesteerd in de opleiding en bijscholing van professionals in de verpleeghuiszorg. Zij krijgen meer ruimte om het vak waarvoor zij gekozen hebben uit te oefenen zoals de cliënt dat nodig heeft, waarbij ik ook oog heb voor de aanpak van administratieve lasten. De intensiveringsmiddelen worden voor het overgrote deel voor deze doelen aangewend.

Om de zorgaanbieders te helpen bij de verbetering van kwaliteit krijgen zij daarnaast extra ondersteuning, worden cliëntenraden versterkt, krijgen de zorgkantoren meer armslag om zich te richten op kwaliteitsverbetering, en worden zij waar nodig ondersteund om best practice te worden of een urgent kwaliteitprobleem aan te pakken.

Het is nog niet mogelijk om exact te specificeren waaraan de enveloppe in welk jaar precies wordt besteed. Om zeker te stellen dat de intensiverings-middelen ook worden aangewend zoals bedoeld zal ik de komende periode benutten om afspraken te maken met de zorgkantoren en zorgaanbieders. Daarna zal ik bekend maken op welke wijze deze extra middelen beschikbaar worden gesteld.

Vraag 513:
Waarom is niet het volledige bedrag van 25 mln. euro uitgegeven voor de regeling Capaciteitsreductie Jeugdzorgplus?

Antwoord 513:
In 2014 heeft het Ministerie van VWS afspraken gemaakt over de reductie van capaciteit voor de jeugdzorgplus. Dat was nodig vanwege de leegstand. De instellingen op wie capaciteitsreductie betrekking had konden in aanmerking komen voor een vergoeding van de kosten die het gevolg waren van deze reductie. Op dat moment was niet te voorzien hoe hoog deze kosten zouden zijn. Daarom is in overleg met de VNG een bedrag gereserveerd. Inmiddels hebben alle instellingen die een aanvraag hadden ingediend hun vergoeding ontvangen. Het totale bedrag dat

hiermee gemoeid was is uiteindelijk € 9 miljoen lager uitgevallen dan vooraf geraamd was.

Vraag 514:
Hoeveel gemeenten vallen er onder het nieuwe, objectieve verdeelmodel onder de nadeelgemeenten, hoeveel onder de voordeelgemeenten en voor hoeveel gemeenten veranderd er (nagenoeg) niks?

Antwoord 514:
Vanaf 2016 wordt het objectief verdeelmodel Jeugd ingevoerd. In 2015 werden de middelen voor jeugdhulp nog via een historisch verdeelmodel verdeeld. De invoering van een objectief verdeelmodel brengt herverdeeleffecten met zich mee.

- 189 gemeenten hebben te maken met een positief herverdeeleffect,
- 196 gemeenten hebben te maken met een negatief herverdeeleffect, en bij
- 8 gemeenten treden er geen herverdeeleffecten op.

Vraag 515:
Wat is het gemiddeld inwoneraantal van de nadeelgemeenten, voordeelgemeenten en de gemeenten waar nagenoeg niks veranderd?

Antwoord 515:
Het gemiddelde inwoneraantal van de 189 gemeenten met een positief herverdeeleffect bij de invoering van het objectief verdeelmodel Jeugd is 47.406 inwoners.
Het gemiddelde inwoneraantal van de 196 gemeenten met een negatief herverdeeleffect is 39.239 inwoners.
Het gemiddelde inwoneraantal van de 8 gemeenten zonder herverdeeleffect is 22.336 inwoners.

Vraag 516:
Hoeveel personen maken er minder gebruik van de Jeugdwet-voorzieningen en Zvw dan beoogd waardoor er nu een herverdeling van middelen noodzakelijk is?

Antwoord 516:
Hier is geen informatie over. Bij het bepalen van de over te hevelen financiële middelen naar gemeenten is gekeken naar realisatiecijfers (kosten) i.p.v. naar aantallen cliënten.
Gemeenten krijgen hier op termijn, via de beleidsinformatie Jeugd van CBS, wel inzicht in.

Vraag 517:
Hoeveel eigen middelen hebben de provincies en stadsregio's in 2013 en 2014 geïnvesteerd in de jeugdzorg?

Antwoord 517:
Voor het jaar 2013 was de inzet in de jeugdzorg van provinciale en stadsregionale middelen circa € 64 miljoen (CBS-gegevens). Voor het jaar 2014 bedroeg deze inzet, volgens opgave van provincies en grootstedelijke regio's, circa € 49 miljoen.

Vraag 518:
Hoeveel middelen investeren de provincies nog in de jeugdzorg in 2015?

Antwoord 518:
Er zijn geen gegevens bekend over hoeveel middelen de provincies nog investeren in de jeugdzorg in het jaar 2015.

Vraag 519:
Hoeveel winst hebben zorgverzekeraars gemaakt, welk deel hiervan is terug naar de premie, welk deel in de verplichte reserve en welk deel ligt er «op de plank», zonder dat er een verplichte bestemming voor is? Kan hier, uitgesplitst naar individuele zorgverzekeraar een overzicht van worden gegeven?

Antwoord 519:
Dit jaar hebben alle zorgverzekeraars publieksvriendelijke overzichten van de jaarcijfers basisverzekering 2014 op hun website gepubliceerd. Onderstaande cijfers zijn uit deze overzichten afkomstig. Het resultaat over 2014 komt in totaal uit op € 1,9 miljard Driekwart (€ 1,4 miljard) daarvan is ingezet ter verlaging van de premie 2015. Een kwart (€ 0,5 miljard) is toegevoegd aan de reserves.

Overzicht: Resultaat en bestemming resultaat 2014 (bedragen x € 1 miljoen)

Concern	Resultaat 2014	Bestemming: lagere premie 2015	Bestemming: toevoeging reserves	Overige bestemmingen
Achmea	548	335	182	32
ASR	45	25	15	5
CZ	559	413	147	0
DSW+SH	55	58	– 3	0
Eno	6	5	1	0
Menzis	247	208	39	0
ONVZ	58	44	14	0
VGZ	350	288	62	0
Zorg en Zekerheid	69	40	30	0
Totaal	1.937	1.414	486	37

Bron: publieksvriendelijke overzichten van de jaarcijfers basisverzekering 2014 zoals gepubliceerd door individuele zorgverzekeraars.

Vraag 520:
Wat is de analyse over het feit dat zorgverzekeraars 3 miljard euro winst hebben gemaakt, ligt deze verklaring in het drukken van de kosten, sturen op gezondheid of elders, en waar blijkt dat uit?

Antwoord 520:
In de VWS-begroting staat niet vermeld dat zorgverzekeraars € 3 miljard winst hebben gemaakt.
In mijn brief van 30 juni (TK 29 689, nr. 625) heb ik aangegeven dat – conform de publieksvriendelijke overzichten van de jaarcijfers- het resultaat over 2014 uitkomt op circa € 1,9 miljard. Zie ook mijn antwoord op vraag 519.

In de betreffende brief staat aangegeven dat een belangrijk deel van het totaalresultaat is toe te schrijven aan het resultaat uit voorgaande jaren. Het gaat hierbij om in 2014 zichtbaar geworden meevallende kosten nog betrekking hebbend op voorgaande jaren (2012, 2013).
De kostenontwikkeling is door twee zaken gedrukt: door de hoofdlijnenakkoorden en de lagere groei bij geneesmiddelen. De lagere uitgaven bij de hoofdlijnenakkoordsectoren zijn gerealiseerd bij verzekeraars door afspraken met aanbieders. Dat betreft deels lumpsumafspraken en deels prijsafspraken. Bij de geneesmiddelen zijn de lagere kosten over medicijnen vooral het gevolg van prijsafspraken.

Vraag 521:
Waarop is de veronderstelling gebaseerd dat zorgverzekeraars 1,5 miljard euro van hun overreserves terug zullen geven in de vorm van premiever-

laging? Erkent de regering hiermee dat de zorgpremie de afgelopen jaren te hoog is geweest? Als de veronderstelling niet juist blijkt te zijn worden er dan maatregelen getroffen om de overreserves op een andere wijze terug te geven? Is die 1,5 miljard euro een significant deel of betreft dit het totaal aan overreserves?

Antwoord 521:
De jaarcijfers 2014 laten zien dat zorgverzekeraars bij de premiestelling 2015 in totaal € 1,4 miljard aan reserves hebben ingezet ter verlaging van de premies. De verwachting is dat de zorgverzekeraars ook bij de premievaststelling 2016 een vergelijkbaar bedrag van hun oversolvabiliteit zullen inzetten. Deze verwachting is gebaseerd op de positieve resultaten 2014 en de huidige vermogenspositie. Voorts speelt mee dat het afgelopen jaar meer duidelijk is geworden over de extra eisen van Solvabiliteit II.
Het is niet zo dat de regering hiermee erkent dat de zorgpremie in de afgelopen jaren te hoog is geweest. Zorgverzekeraars stellen de premie vast met inachtneming van een reeks van onzekere factoren (zoals de uitkomsten van Solvabiliteit II). Verder is gebleken dat de zorgkosten mede door de inzet van zorgverzekeraars zich gunstiger ontwikkelen dan geraamd.

Mocht blijken dat de veronderstelling over de inzet van de overreserve niet juist is, worden er geen maatregelen getroffen om de overreserve wel terug te geven aan verzekerden. Wel wordt van zorgverzekeraars gevraagd dat ze transparant zijn over hun overreserve. Daartoe zetten alle zorgverzekeraars sinds dit jaar een publieksvriendelijk overzicht van de jaarcijfers basisverzekering op hun website.

De verwachte teruggave van reserves in de premie 2016 betreft een significant deel van de overreserve. Zie ook het antwoord op vraag 528. Wellicht ten overvloede: zorgverzekeraars zijn in de regel coöperatieve instellingen, overreserves blijven beschikbaar voor toekomstige zorguitgaven en onverwachte tegenvallers.

Vraag 522:
Hoeveel mensen hebben een naturapolis en zijn hierin verschillen te zien per zorgverzekeraar?

Antwoord 522:
Uit de «Marktscan zorgverzekeringsmarkt»» van de NZa blijkt dat 55% van de verzekerden heeft gekozen voor een naturapolis. Dit percentage is inclusief de verzekerden die een budgetpolis hebben afgesloten (zie ook het antwoord op vraag 523). Daarnaast heeft 21% van de verzekerden gekozen voor een combinatiepolis. Deze polis is een mix van een natura- en restitutiepolis en het verschilt bij deze polis per type zorg of de regels van de naturaverzekering of de regels van de restitutieverzekering gelden.

Het aandeel verzekerden met een naturapolis per zorgverzekeraar hangt af van de aangeboden polissen door de zorgverzekeraar. Dit verschilt per verzekeraar. Er zijn drie verzekeraars die alleen een naturapolis aanbieden (AnderZorg, AZIVO en Eno). Bij deze verzekeraars is het percentage verzekerden met een naturapolis 100. Daarentegen is het percentage verzekerden met een naturapolis 0 bij de vier verzekeraars die alleen een restitutiepolis aanbieden (DSW, Stad Holland, ONVZ en UMC). Bij de andere verzekeraars zal het percentage verzekerden met een naturapolis tussen de 0 en 100 liggen.

Vraag 523:

Hoeveel mensen hebben een budgetpolis en zijn hierin verschillen te zien per zorgverzekeraar?

Antwoord 523:
Uit de «Marktscan zorgverzekeringsmarkt»» van de NZa blijkt dat 7,5% van de verzekerden heeft gekozen voor een budgetpolis. De NZa noemt een budgetpolis «een polis met beperkende voorwaarden» en geeft aan dat verzekerden die voor een dergelijke polis kiezen akkoord gaan met aanvullende beperkingen. Hierbij kan het onder meer gaan om minder keuze uit gecontracteerde zorgaanbieders, een lagere vergoeding bij het gebruik van niet-gecontracteerde zorgaanbieders en/of de eis dat verzekerden bepaalde zaken online regelen.

Het aandeel verzekerden met een budgetpolis per zorgverzekeraar hangt af van de aangeboden polissen door de zorgverzekeraar. Dit verschilt per verzekeraar. Geen enkele zorgverzekeraar biedt alleen een budgetpolis aan. Dit betekent dat bij geen enkele zorgverzekeraar het percentage verzekerden met een budgetpolis 100 is. In totaal bieden tien verzekeraars (Avéro Achmea, De Friesland, Zilveren Kruis Achmea, OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V., OHRA Zorgverzekeringen N.V., CZ, Menzis, Univé, VGZ Zorgverzekeraar N.V. en N.V. VGZ Cares) één of meerdere budgetpolissen aan. Bij deze zorgverzekeraars zal het percentage verzekerden met een budgetpolis tussen de 0 en 100 liggen. De overige zorgverzekeraars bieden geen budgetpolis aan en bij deze zorgverzekeraars is het percentage verzekerden met een budgetpolis 0.

Vraag 524:
Hoeveel mensen hebben een restitutiepolis en zijn hierin verschillen te zien per zorgverzekeraar?

Antwoord 524:
Uit de «Marktscan zorgverzekeringsmarkt»» van de NZa blijkt dat 23% van de verzekerden heeft gekozen voor een pure restitutiepolis. Daarnaast heeft 21% van de verzekerden gekozen voor een combinatiepolis. Deze polis is een mix van een natura- en restitutiepolis en het verschilt bij deze polis per type zorg of de regels van de naturaverzekering of de regels van de restitutieverzekering gelden.

Het aandeel verzekerden met een restitutiepolis per zorgverzekeraar hangt af van de aangeboden polissen door de zorgverzekeraar. Dit verschilt per verzekeraar. Er zijn vier verzekeraars die alleen een restitutiepolis aanbieden (DSW, Stad Holland, ONVZ en UMC). Bij deze verzekeraars is het percentage verzekerden met een restitutiepolis 100. Daarentegen is het percentage verzekerden met een restitutiepolis 0 bij de drie verzekeraars die alleen een naturapolis aanbieden (AnderZorg, AZIVO en Eno). Bij de andere verzekeraars zal het percentage verzekerden met een restitutiepolis tussen de 0 en 100 liggen.

Vraag 525:
Hoeveel mensen hebben een aanvullende polis afgesloten en zijn hierin verschillen te zien per zorgverzekeraar?

Antwoord 525:
Uit cijfers van Vektis blijkt dat in 2015 – net als in voorgaande jaren – het percentage verzekerden met een aanvullende verzekering is gedaald. In 2015 heeft 84 procent van de verzekerden een aanvullende polis afgesloten. Er zijn verschillen waarneembaar tussen zorgverzekeraars in het percentage verzekerden met een aanvullende verzekering. Dit percentage loopt tussen zorgverzekeraars uiteen van 59,4 tot 93,5.

Vraag 526:
Hoeveel winst maakten zorgverzekeraars op collectieve zorgverzekeringen die in samenwerking met gemeenten aangeboden werd? En hoe hoog was die winst in 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 en 2014? Kunt u dit per zorgverzekeraar inzichtelijk maken?

Antwoord 526:
De winstcijfers van collectiviteiten zijn mij niet bekend. Zorgverzekeraars presenteren jaarlijks hun winstcijfers in het jaarverslag. Zij zijn hierbij niet verplicht om de winsten van afzonderlijke collectiviteiten te presenteren.

Vraag 527:
Wat wordt er precies onder solvabiliteit verstaan? Wat worden de solvabiliteitseisen in de nabije toekomst?

Antwoord 527:
Onder solvabiliteit wordt verstaan de mate waarin een onderneming in staat is aan haar verplichtingen jegens de schuldeisers te voldoen. In het prudentiële toezicht dat wordt uitgeoefend door DNB, gaat het erom dat een verzekeraar voldoende reserves aanhoudt om aan de verplichtingen jegens polishouders te voldoen. Daarom worden solvabiliteitseisen gesteld, waaraan een verzekeraar te allen tijde aan moet voldoen

De solvabiliteitseisen veranderen per 1 januari 2016. In mijn brief van 2 juli 2015 (TK 29 689, nr. 640) ben ik reeds uitvoerig ingegaan op de gevolgen van Solvabiliteit II. In de betreffende brief staat aangegeven dat de vereiste solvabiliteit landelijk met ongeveer € 0,8 miljard zal stijgen ten opzichte van de huidige solvabiliteitsvereiste inclusief veiligheidsmarge. Bekend is dat zorgverzekeraars onder Solvabiliteit I gemiddeld een veiligheidsmarge van 50% aanhouden. Het gaat daarbij om ongeveer € 1,8 miljard. In totaal neemt de vereiste solvabiliteit dus met circa € 2,6 miljard toe.

Vraag 528:
Kunt u per zorgverzekeraar de solvabiliteit geven? Hoe groot is voor elk van deze verzekeraars het bedrag aan reserves bovenop de door de DNB vereiste solvabiliteit?

Antwoord 528:
In onderstaand overzicht staan de door u gevraagde gegevens. Daarbij is uitgegaan van de standen ultimo 2014 als ware het nieuwe solvabiliteitsregiem onder Solvabiliteit II al geldt. Zorgverzekeraars dienen per 1 januari 2016 daadwerkelijk aan Solvabiliteit II te voldoen.

Overzicht: Aanwezige en vereiste solvabiliteit (stand ultimo 2014, bedragen x € 1 miljoen)

Concern	Aanwezig	Vereist	Verschil
Achmea	2.931	1.812	1.119
ASR	125	83	42
CZ	2.107	1.293	814
DSW+SH	281	183	98
Eno	53	47	7
Menzis	1.112	861	251
ONVZ	231	147	84
VGZ	2.322	1.692	629
Zorg en Zekerheid	309	180	129
Totaal	9.470	6.298	3.172

Bron: publieksvriendelijke overzichten van de jaarcijfers basisverzekering 2014 zoals gepubliceerd door individuele zorgverzekeraars

Vraag 529:
Wat was de solvabiliteitseis bij de introductie van de nieuwe zorgverzekeringswet in 2006? Hoe hoog was het deel van de solvabiliteit dat werd opgebracht door het publieke ziekenfonds en hoe hoog was het deel dat werd opgebracht door private zorgverzekeraars?

Antwoord 529:
De solvabiliteitseis bij de introductie van de nieuwe zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006 bedroeg 8% van de schadelast (gecorrigeerd voor kosten die onder een herverzekeringsregeling vielen). Dit resulteert in een minimaal vereiste solvabiliteit in 2006 van circa € 2 miljard. In 2005, voor de invoering van de Zvw, was ongeveer tweederde deel van de verzekerden ziekenfonds (Zfw) verzekerd. Doorvertaald naar de vereiste solvabiliteit is hiervan circa € 1,3 miljard toe te rekenen aan voormalig Zfw-verzekerden en € 0,7 miljard aan private zorgverzekeraars. De aanwezige solvabiliteit voor de basisverzekering bedroeg ultimo 2006 circa € 4 miljard. Voormalige ziekenfondsen hebben circa € 2 miljard reserves meegekregen bij de invoering van de Zvw. Dit houdt in dat door private zorgverzekeraars bij de start van de Zvw een vergelijkbaar bedrag in de aanwezige solvabiliteit is ingebracht.

Vraag 530:
Wat zijn de totale kosten die zorgorganisaties maken voor de onderhandelingen met zorgverzekeraars?

Antwoord 530:
De kosten die zorgorganisaties maken voor de onderhandelingen met zorgverzekeraars zijn niet bekend.

Vraag 531:
Hoeveel winst verwacht u volgend jaar bij de zorgverzekeraars?

Antwoord 531:
In de VWS-begroting is aangegeven dat ik bij de raming van de nominale premie 2016 rekening houd met een afbouw van reserves van € 1,5 miljard. Dit betekent dat ik verwacht dat verzekeraars in 2016 een niet-kostendekkende premie in de markt zullen zetten. Door de inzet van reserves zal het resultaat over 2016 naar verwachting ongeveer op nul uitkomen. Het is mogelijk dat zorgverzekeraars toch positieve resultaten boeken door meevallers op kosten uit voorliggende jaren. Voorts is het mogelijk dat gunstige beleggingsopbrengsten in 2016 tot een positief resultaat kunnen leiden.

Vraag 532:
Kunt u een overzicht sturen wat de winsten van alle zorgverzekeraars in totaal en afzonderlijk waren vanaf 2006 t/m 2015?

Antwoord 532:
DNB publiceert jaarlijks – op basis van de verslagstaten DNB – voor de basisverzekering een landelijk overzicht technische rekening zorgverzekeraars. De betreffende cijfers zijn beschikbaar van 2007 t/m 2014.

Jaar	Resultaat technische rekening (in € miljoen)
2007	– 269
2008	– 218
2009	464
2010	125
2011	381
2012	937

Jaar	Resultaat technische rekening (in € miljoen)
2013	1.229
2014	918

Bron: DNB

Deze cijfers geven weer dat sinds 2012 de resultaten van zorgverzekeraars sterk zijn verbeterd.
De cijfers betreffen de resultaten conform de systematiek van de jaarrekeningen. Bij het resultaat «technische rekening» blijft het resultaat van de «niet-technische« rekening buiten beeld. Het gaat hier voornamelijk om de opbrengsten uit beleggingen voor zover niet toegerekend aan de «technische rekening». Het gaat daarbij om een gemiddelde opbrengst van € 250 miljoen.

Vanwege het hanteren van schade- en premievoorzieningen zijn uitkomsten van het technisch resultaat niet volledig transparant. Daarom presenteren zorgverzekeraars sinds dit jaar op hun website de jaarcijfers conform een afgesproken format. Deze cijfers zijn wel naar concern beschikbaar. Zie de in mijn antwoord op vraag 519 opgenomen tabel.

Zoals ook aangegeven in mijn brief van 30 juni (TK 29 689, nr. 625) verschilt het resultaat in de publieksvriendelijke overzichten van de resultaten zoals gepresenteerd in de jaarrekeningen vanwege boekhoudkundige zaken (zoals vrijval voorzieningen) en resultaten van andere onderdelen van het bedrijf anders dan het resultaat behaald op de basisverzekering.

Vraag 533:
Wat waren de reserves uitgesplitst naar zorgverzekeraars in 2015? Welke reserves waren wettelijk verplicht, en hoe hoog waren die bedragen in 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 en 2014?

Antwoord 533:

Overzicht 1: Aanwezige solvabiliteit basisverzekering conform Solvabiliteit I (stand ultimo 2014 in € miljoen)

Concern	Aanwezige solvabiliteit	Vereiste solvabiliteit
Achmea	2.804	1.139
ASR	111	48
CZ	2.024	706
DSW+SH	291	92
Eno	42	24
Menzis	1.063	466
ONVZ	179	74
VGZ	2.084	966
Zorg en Zekerheid	276	88
Totaal	8.875	3.603

Bron: publieksvriendelijke overzichten van de jaarcijfers basisverzekering 2014 zoals gepubliceerd door individuele zorgverzekeraars

Voor 2009 t/m 2014 zijn op landelijk niveau – uitgaande van Solvabiliteit I – de volgende cijfers beschikbaar. Omdat DNB voor gemengde entiteiten de solvabiliteit niet uitsplitst naar basis en aanvullende verzekering hebben de cijfers in onderstaand overzicht betrekking op de basis en aanvullende verzekering samen.

Overzicht 2: Aanwezige en vereiste solvabiliteit basis- en aanvullende verzekering conform Solvabiliteit I (stand ultimo 2014 in € miljoen)

	Aanwezig	Vereist
2009	5.729	2.905
2010	6.367	3.387
2011	6.701	3.529
2012	7.921	4.241
2013	9.294	4.310
2014	10.584	4.400

Bron: DNB

Uit de overzichten 1 en 2 kan op basis van de cijfers 2014 worden opgemaakt dat ruim 80% van de cijfers in overzicht 2 betrekking heeft op de basisverzekering.

De solvabiliteitscijfers in de overzichten 1 en 2 hebben betrekking op Solvabiliteit I. Vanaf 1 januari 2016 is Solvabiliteit II van kracht. Hierdoor treden er veranderingen op in de aanwezige en vereiste solvabiliteit. Uitgaande van de stand ultimo 2014 stijgt de waardering van de aanwezige solvabiliteit met € 0,6 miljard en de vereiste solvabiliteit met € 2,6 miljard.

Vraag 534:
Welke zorgverzekeraars hebben verzekerden gelokt met cadeaus over 2015? Welke cadeaus betrof dit? Kunt u hiervan een overzicht sturen?

Antwoord 534:
Ik beschik niet over een overzicht welke zorgverzekeraars in 2015 welke cadeaus hebben aangeboden om verzekerden aan te trekken. Zoals ik in mijn brief van 29 september in reactie op de Marktscan 2015 van NZa (TK 29 689, nr 657) heb aangegeven deel ik de visie van de NZa dat met welkomstgeschenken bepaalde groepen verzekerden gestuurd kunnen worden. Zorgverzekeraars hebben in hun actieplan «Kern gezond» aangegeven dat zij aspirant verzekerden niet gunstiger zullen behandelen dan huidige verzekerden. Deze toezegging stelt beperkingen aan het aanbieden van welkomstcadeaus en financiële kortingen. Tijdens de komende overstapperiode laat ik hier onderzoek naar doen.

Vraag 535:
Welke zorgverzekeraars sponseren sportclubs of dergelijke organisaties en wat waren de bedragen hiervan per zorgverzekeraar?

Antwoord 535:
Voor de uitgaven van zorgverzekeraars en reclame en acquisitiekosten verwijs ik naar mijn antwoord op de vragen 536 en 537. De exacte besteding van deze uitgaven, zoals het sponsoren van sportclubs is mij niet bekend.

Vraag 536:
Hoe hoog is het bedrag per zorgverzekeraar, dat zij uitgeven aan reclame?

Antwoord 536:
In de publieksvriendelijke overzichten van de jaarcijfers basisverzekering 2014, die door individuele zorgverzekeraars zijn gepubliceerd, worden de uitgaven aan reclame vermeld. Op basis daarvan is onderstaande tabel opgesteld.

Concern	Bedrag x € 1 duizend
Achmea	18.106
ASR	90
CZ	5.751
DSW+SH	669
Eno	1.031
Menzis	5.132
ONVZ	886
VGZ	6.802
Zorg en Zekerheid	1.269
Totaal	**39.736**

Bron: publieksvriendelijke overzichten van de jaarcijfers basisverzekering 2014 zoals gepubliceerd door individuele zorgverzekeraars

Vraag 537:
Hoe hoog is het bedrag per zorgverzekeraar, dat zij uitgeven aan acquisitiekosten?

Antwoord 537:
In de Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2015 – die ik u op 29 september jl. heb toegestuurd (TK 29 689, nr. 657) – is te lezen wat zorgverzekeraars hebben uitgegeven aan reclame en overige acquisitie. Alle zorgverzekeringsconcerns samen hebben in 2014 € 39,7 miljoen uitgegeven aan reclame (advertenties en mailings). Aan acquisitie (kosten voor verkoop via derden, zoals tussenpersonen en intermediairs) werd € 196 miljoen besteed. Hieronder vind u het overzicht van de uitgaven aan acquisitie per zorgverzekeraar voor 2014.

Concern	**Bedragen 2014 (x € 1 duizend)**
Achmea	46.032
ASR	9.836
CZ	39.288
DSW+SH	2.060
Eno	660
Menzis	23.281
ONVZ	8.303
VGZ	64.582
Zorg en Zekerheid	2.182
Totaal	**196.224**

Bron: publieksvriendelijke overzichten van de jaarcijfers basisverzekering 2014 zoals gepubliceerd door individuele zorgverzekeraars

Vraag 538:
Kunt u aangeven wat sinds de inwerkingtreding van de zorgverzekeringswet in 2006 de jaarlijks verschuiving van collectief gefinancierde zorg naar eigen betalingen is geweest?

Antwoord 538:
In onderstaande tabel is de ontwikkeling van de eigen betalingen in de Zvw (het eigen risico plus de eigen bijdragen) weergegeven als percentage van de totale Zvw-uitgaven.

Aandeel eigen betalingen in Zvw-uitgaven

Jaar	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Ontvangsten eigen risico en eigen bijdragen als % van de totale Zvw-uitgaven	6%	6%	4%	4%	4%	4%	5%	7%	7%	7%	7%

Bij de invoering van de Zvw in 2006 lag het percentage eigen betalingen op 6% van de totale Zvw-uitgaven. Met het afschaffen van de no-claim regeling in 2008 daalde het percentage eigen betalingen naar 4%. Met de verhogingen van het eigen risico in 2012 en 2013 – bovenop de reguliere indexatie – is het aandeel van de eigen betalingen binnen de Zvw gestegen naar 7%. Om de toegankelijkheid tot zorg te borgen is de extra verhoging van het eigen risico in 2013 met € 115 via de zorgtoeslag volledig gecompenseerd voor de laagste inkomens. Sinds 2013 is het eigen risico niet meer beleidsmatig verhoogd (en alleen nog geïndexeerd met de stijging van de Zvw-uitgaven).

Vraag 539:
Wat zijn de uitvoeringskosten van de zorgverzekeringwet?

Antwoord 539:
Conform de publieksvriendelijke overzichten van de jaarcijfers basisverzekering 2014 zoals gepubliceerd door individuele zorgverzekeraars bedragen de uitvoeringskosten van zorgverzekeraars over 2014 bijna € 1,3 miljard. Dit is 3,6% van de totale uitgaven in het kader van de Zorgverzekeringswet.De cijfers in onderstaand overzicht geven een nadere uitsplitsing.

	Bedragen 2014 (x € 1 miljoen)
Schadebehandelingskosten	228
Reclame	40
Acquisitie excl. Reclame	196
Overige bedrijfskosten	818
Uitvoeringskosten totaal	1.282

Bron: publieksvriendelijke overzichten van de jaarcijfers basisverzekering 2014 zoals gepubliceerd door individuele zorgverzekeraars

Vraag 540:
Welke mogelijkheden ziet de Minister om de raming van het ministerie beter aan te sluiten bij de premiestelling door de zorgverzekeraars, zodat deze twee niet langer uit elkaar lopen?

Antwoord 540:
De VWS-premieraming kent twee onzekerheden: de zorguitgaven en de reserveontwikkeling van verzekeraars.

Jarenlang bleek de VWS-uitgavenraming te laag. Deze overschrijdingen zijn mede de aanleiding geweest voor beleidswijzigingen waarbij verzekeraars meer ruimte kregen om doelmatiger in te kopen. Dit beleid blijkt zeer succesvol en wel zodanig dat de uitgaven de laatste jaren duidelijk minder groeien dan door VWS geraamd. Een van de oorzaken van de grote bijstellingen is dat uitgavencijfers laat beschikbaar zijn. Daarom wordt hard gewerkt aan het versnellen van de informatievoorziening. Ondanks deze inspanningen zullen verzekeraars bij hun premiestelling in oktober/november altijd over meer informatie beschikken dan VWS. Allereerst beschikken verzekeraars over meer en betrouwbaardere realisatiecijfers en anderzijds weten verzekeraars al wat de resultaten zijn van hun contractonderhandelingen met aanbieders.

De reserveontwikkeling is ook zeer moeilijk door VWS in te schatten. Bij het opstellen van de begroting 2016 wist VWS in welke mate er bij

verzekeraars sprake is van oversolvabiliteit per ultimo 2014. Welke ontwikkelingen zich in 2015 voordoen weet VWS niet en VWS kent ook de strategie niet van verzekeraars ten aanzien van (de inzet van) hun reserves. VWS ziet wel dat zorgverzekeraars – mede onder druk van de publieke opinie – bereid zijn via een hogere reserveafbouw de premiestijging te beperken. Overigens is het onderdeel van het systeem dat premieramingen niet gelijk zijn aan de daadwerkelijke premie. Marktwerking geeft prikkels aan de verzekeraar om hierin hun eigen koers te varen, en vaak onder druk van de concurrent hun premie zo laag mogelijk vast te stellen.

Vraag 541:
Is het nog steeds mogelijk, bijvoorbeeld voor studenten, om te verdienen aan de zorgtoeslag? Zo ja, hoe gaat dit aangepakt worden?

Antwoord 541:
In het Nederlandse zorgstelsel heeft iedereen recht op noodzakelijke zorg. Om te voorkomen dat de zorgkosten onbeheersbaar groeien is een aantal prikkels in het stelsel ingebouwd die dat moeten voorkomen. Een van die prikkels is dat de zorginkoop plaatsvindt door zorgverzekeraars die met elkaar concurreren om de verzekerden. Om die prikkel te laten werken is een voldoende hoge premie nodig. De zorgtoeslag dient er toe om de zorgpremie en het eigen risico voor alle Nederlanders betaalbaar te houden. De zorgtoeslag moet echter niet de prikkel wegnemen om te kiezen voor een goedkope verzekeraar. Daarom is de zorgtoeslag afhankelijk van de gemiddelde nominale premie en het gemiddelde eigen risico. Daartoe is overigens ook gekozen om de regeling uitvoerbaar te houden en de kansen op fraude tot het minimum terug te brengen.

Die vormgeving maakt het mogelijk dat studenten die kiezen voor bijvoorbeeld een budgetpolis met een hoog vrijwillig eigen risico een hogere zorgtoeslag ontvangen dan zij aan premie betalen. Als zij een zorgtoeslag zouden ontvangen op basis van hun werkelijk betaalde kosten, dan zou voor hen de prikkel wegvallen om een goedkope polis en een hoog eigen risico te nemen, wat slecht zou zijn voor de kostenbeheersing in het stelsel. Overigens hoeft dit niet te betekenen dat zij verdienen aan de zorgtoeslag. Immers zodra zij zorg consumeren en het (hoger) eigen risico moeten betalen, zal de zorgtoeslag niet toereikend zijn.

Vraag 542:
Waarom stijgt het eigen risico (van 375 euro naar 385 euro) harder dan de inflatie? Waarom is gekozen voor een verhoging van het eigen risico? Wanneer kan het eigen risico omlaag?

Antwoord 542:
In de Zorgverzekeringswet (art. 19) is bepaald dat het eigen risico jaarlijks wordt geïndexeerd met de stijging van de zorguitgaven, dus het klopt dat het eigen risico in 2016 harder stijgt dan de inflatie. Het eigen risico kan daarentegen ook dalen, als de geraamde zorguitgaven dalen ten opzichte van het jaar daarvoor, zelfs als er sprake is van inflatie.

Vraag 543:
Waarom geldt voor asielzoekers geen eigen risico terwijl dit voor Nederlanders wordt verhoogd naar 385 euro?

Antwoord 543:
Asielzoekers vallen niet onder de Zorgverzekeringswet. Het eigen risico is dus niet op hen van toepassing.

Op grond van de Regeling Verstrekkingen Asielzoekers (RVA) ontvangen asielzoekers alleen een bijdrage voor zak- en kleedgeld. Daarnaast hebben zij op grond van artikel 17 van de RVA onder voorwaarden recht op de vergoeding voor buitengewone kosten, bedoeld in artikel 9, eerste lid, onderdeel g van deze regeling, die hij heeft gemaakt. Buitengewone kosten zijn noodzakelijke kosten die vanwege hun aard of hoogte in redelijkheid niet geacht kunnen worden door de asielzoeker zelf te worden betaald. De eigen bijdrage voor medische kosten zou vallen onder deze definitie van noodzakelijk te maken kosten. Om die reden is het niet doelmatig om een eigen bijdrage van asielzoekers die onder de RVA vallen te vragen.

Vraag 544:
Wat was de verwachte opbrengst van de eigen bijdrage, voor zowel de Wmo als Wlz over 2015?

Antwoord 544:
De verwachte opbrengsten van de eigen bijdrage Wlz zijn in 2015 en 2016 respectievelijk € 1.891,3 en € 1.848 miljoen.

De eigen bijdragen Wmo vallen onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten. Zo kunnen de gemeenten een lagere eigen bijdrage vragen dan de maximale periode bijdrage of zelfs afzien van het opleggen van een eigen bijdrage. Daarom kan het Ministerie van VWS geen raming van de opbrengst van de eigen bijdrage Wmo maken.

Vraag 545:
Wat wordt de verwachte opbrengst van de eigen bijdrage, voor zowel de Wmo als Wlz in 2016?

Antwoord 545:
Zie het antwoord op vraag 544.

Vraag 546:
Hoeveel en welke gemeenten hebben de eigen bijdrage voor zorg verhoogd?

Antwoord 546:
Een landelijk beeld daarvan is niet beschikbaar. In z'n algemeenheid zijn er echter twee verklaringen te noemen voor een toename van eigen bijdragen voor Wmo-ondersteuning.

In de eerste plaats is de feitelijke eigen bijdrage voor cliënten hoger geworden als gevolg van het vervallen van de 33%-korting voor alle extramurale eigen bijdragen (ook wel bekend als de zogenaamde «Wtcg-korting»).

In de tweede plaats werd tot 2015 in de AWBZ een vast (en fictief) landelijk tarief gebruikt van € 14 waarop de eigen bijdrage voor extramurale zorg werd gebaseerd. In de Wmo 2015 geldt – net zoals dit voor AWBZ extramurale zorg en de Wmo al gold- dat de eigen bijdrage wordt gemaximeerd per vier weken op grond van de persoonlijke situatie van de cliënt. Indien echter dit persoonlijk maximum boven de werkelijke kostprijs ligt, dan betaalt de cliënt de kostprijs. Een cliënt betaalt dus nooit meer dan de kostprijs. Het verschil ten opzichte van AWBZ extramurale zorg is dat geen sprake meer is van een landelijk, fictief uurtarief, maar dat voor de Wmo 2015 – net zoals dit al in de Wmo gold – door de gemeente maximaal de werkelijke kostprijs (zoals de gemeente betaalt aan de aanbieder) kan worden aangeleverd als basis voor het CAK om de eigen

bijdrage te berekenen. Die kan uiteraard hoger zijn dan het fictieve landelijk tarief van € 14 dat in de AWBZ gold.

Vraag 547:
Welke gemeenten vragen geen eigen bijdrage voor zorg en voorzieningen uit de Wmo?

Antwoord 547:
Tussen gemeenten bestaan binnen de grenzen van de wet verschillen in het beleid inzake eigen bijdragen voor maatschappelijke ondersteuning. Elke gemeente maakt daarin eigen afwegingen. Er zijn het kabinet echter geen gemeenten bekend die in het geheel geen eigen bijdragen voor maatwerkvoorzieningen vragen. Daarentegen zijn er wel voorbeelden van algemene voorzieningen binnen gemeenten waarvoor geen eigen bijdrage gevraagd wordt.

Vraag 548:
Hoeveel mensen werken bij het CAK?

Antwoord:
De exacte bezetting van het CAK schommelt gedurende het jaar omdat er op piekmomenten externen worden ingehuurd. De inhuur van externe arbeid betreft hoofdzakelijk uitzendkrachten die de vaste formatie ondersteunen bij de uitvoering van regelingen op piekmomenten. Begin 2015 is voorzien dat bij het CAK 913,4 fte werkzaam zijn. Dit betreft zowel medewerkers in dienst van het CAK als (tijdelijk) ingehuurde krachten.

Vraag 549:
Hoeveel beschikkingen heeft het CAK afgegeven?

Antwoord 549:
In de onderstaande tabel is het aantal beschikkingen opgenomen die zijn afgegeven in de jaren 2011 tot en met 2015 (stand 1 juli).

Jaar	beschikkingen bezorgd		
	beschikkingen totaal	beschikkingen zonder verblijf (wmo en ZZV)	beschikkingen met verblijf
2011	2.128.499	1.512.675	615.824
2012	1.960.443	1.367.934	592.509
2013	1.900.851	1.369.920	530.931
2014	1.854.708	1.341.686	513.022
2015 (tot 1 juli)	1.108.371	719.068	389.303

Vraag 550:
Hoeveel bezwaren tegen eigen bijdragen beschikkingen zijn er gemaakt?

Antwoord 550:
Het CAK heeft tot en met september van dit jaar 1.072 bezwaren ontvangen die gaan over de eigen bijdragen in de Wet langdurige zorg en 1.131 bezwaren die betrekking hebben op de eigen bijdragen in de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015.

Vraag 551:
Hoeveel mensen wachten nog op een beschikking voor hun eigen bijdrage?

Antwoord 551:

Er stromen nog steeds nieuwe klanten in die terecht nog in het afstemmingsproces bij de GBA of de Belastingdienst (voor het opvragen van het inkomen) zitten. Het is daarom niet mogelijk om te zeggen hoeveel mensen momenteel nog op een beschikking wachten. Daarnaast zijn er situaties waarbij bijvoorbeeld van de klant al wel alle gegevens beschikbaar zijn maar van de partner nog niet. Voor de meest recente informatie over de eigen betalingen voor de Wmo verwijs ik naar de brief van 9 oktober 2015 over «inning eigen bijdrage Wmo 2015»

Vraag 552:
In tabel 23 van het Financieel Beeld Zorg (p. 181–182) van de Begroting 2016 staan voor 2015 en 2016 dezelfde getallen bij het verplicht eigen risico als in de vergelijkbare tabel in de Begroting 2015 (tabel 27, p. 199 Begroting 2015), waarom is de tegenvaller hier niet zichtbaar? Kunnen de werkelijk opbrengsten van het verplichte eigen risico vanaf 2008 gegeven worden? In hoeverre wijken deze werkelijke opbrengsten af van de geraamde opbrengsten?

Antwoord 552:
Voor het jaar 2016 staan in de ontwerpbegroting 2015 en de ontwerpbegroting 2016 bij de opbrengst van het eigen risico bedragen van respectievelijk € 3.395,8 miljoen en € 3.194,8 miljoen vermeld. Ten tijde van het opstellen van de ontwerpbegroting 2015 (zomer 2014) was er nog geen zicht op de geraamde uitgavenmeevaller 2016 (die in het voorjaar van 2015 in beeld is gebracht). Vandaar dat de hiermee samenhangende tegenvaller bij het eigen risico nog niet was verwerkt in de ontwerpbegroting 2015.

Tabel 27, Ontwerpbegroting 2015

Bedragen x € 1 miljoen	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Eigen risico Zvw	2.679,6	3.098,1	3.190,7	3.368,8	3.459,1	3.578,8	3.720,8
Eigen bijdrage Zvw	27,0	27,0	27,0	27,0	27,0	27,0	27,0
Zvw-ontvangsten ontwerpbegroting 2015	**2.706,6**	**3.125,1**	**3.217,7**	**3.395,8**	**3.486,1**	**3.605,8**	**3.747,8**

Tabel 23, Ontwerpbegroting 2016

Bedragen x € 1 miljoen	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Eigen risico Zvw	3.098,1	3.190,7	3.194,8	3.285,1	3.404,8	3.546,8	3.681,5
Eigen bijdrage Zvw	27,0	27,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Zvw-ontvangsten ontwerpbegroting 2016	**3.125,1**	**3.217,7**	**3.194,8**	**3.285,1**	**3.404,8**	**3.546,8**	**3.681,5**

De ramingen van VWS in begrotingen uit voorgaande jaren worden niet bijgesteld. De raming voor het eigen risico gaat, net als de in de VWS-begroting opgenomen uitgavenraming voor de Zvw, mee in het macroprestatiebedrag en daarmee in de risicoverevening. De verzekeraars zijn grotendeels risicodragend over dit bedrag. Daarom worden de ramingen achteraf zelden bijgesteld, behalve als bijvoorbeeld blijkt dat er wijzigingen zijn in de verzekerdenpopulatie.

In onderstaande tabel staan de cijfers voor de raming van het eigen risico voor 2008 tot en met 2016

Tabel: raming opbrengst eigen risico (bedragen x € 1 miljoen)

2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
1.392	1.448	1.548	1.617	1.969	2.680	3.098	3.191	3.195

De realisatie van het eigen risico dat daadwerkelijk wordt betaald door verzekerden wordt niet regulier gemonitord in verband met het normatieve karakter van het eigen risico in de risicoverevening en de beleidsvrijheid die verzekeraars hebben ten aanzien van het innen van het eigen risico. Een verzekeraar kan er bijvoorbeeld voor kiezen om het eigen risico niet in rekening te brengen omdat een verzekerde gebruik maakt van preferent aanbod. Dit beïnvloedt de realisatiecijfers ten opzichte van de geraamde opbrengst, maar is niet van invloed op de nauwkeurigheid van de raming. Jaarlijks maken VWS, het CPB en iBMG (in het kader van de risicoverevening) ieder afzonderlijk een raming van het eigen risico. Deze ramingen liggen doorgaans bij elkaar in de buurt.

Vraag 553:
Wat is de onderbouwing van het gelijk blijven van de uitgaven van de geneeskundige ggz van 2017? Op welke wijze wordt de groei geremd?

Antwoord 553:
De uitgaven van de geneeskundige ggz blijven niet gelijk in 2017. Deze uitgaven stijgen met € 107,3 miljoen van € 3.779 miljoen in 2016 naar € 3.886,3 miljoen in 2017 (zie pagina 195 van de begroting). Deze stijging van 2,8% is het totaal van 1% beschikbaar gestelde groei en de verdere ingroei van de langdurige op behandeling gerichte intramurale ggz.

Vraag 554:
Wat is de onderbouwing van de groeiruimte tranche 2016 van 319,1 miljoen euro voor geneesmiddelen?

Antwoord 554:
De beschikbare groeiruimte wordt aan het begin van de kabinetsperiode voor de gehele kabinetsperiode bepaald op basis van de geraamde groei van de zorguitgaven in de meest recente middellange termijn raming (MLT) van het Centraal Planbureau (CPB). Voor de huidige kabinetsperiode was dat de juniraming 2012 van het CPB.

Deze raming van de groei van de collectieve zorguitgaven op landelijk niveau is toen door het Ministerie van VWS vertaald naar groeiruimte voor afzonderlijke sectoren in de zorg – waaronder ook de geneesmiddelen – op basis van cijfers over de gerealiseerde sectorale groei in het recente verleden. Nu zijn echter recentere cijfers beschikbaar waarop de huidige raming wordt gemaakt. Er wordt – net als in 2014 – verwacht dat niet al deze (extra) beschikbare groeiruimte op dit kader nodig is (zie ook de boeking «additionele ruimte geneesmiddelen»). Dit is onder andere het gevolg van uit patent lopen van geneesmiddelen, het preferentiebeleid en de gematigde volumeontwikkeling. De groeiruimte is eerst op het kader geboekt en daarna met de boeking «additionele ruimte geneesmiddelen» weer afgeboekt.

Vraag 555:
Wat verklaart het verschil tussen de ontwerpbegroting 2015 geneesmiddelen met 4.394,8 miljoen euro ten opzichte van de ontwerpbegroting 2016 geneesmiddelen met 4.598,8 miljoen euro? Waarom verwacht de Minister dat de groeiruimte in 2016 wel volledig gebruikt wordt?

Antwoord 555:
Het financiële kader wordt gebaseerd op basis van de raming voor de uitgaven aan extramurale farmaceutische zorg van het Zorginstituut; er wordt verwacht dat de uitgaven in 2016 zullen groeien. Zoals uit de boeking «additionele ruimte geneesmiddelen» kan worden opgemaakt, wordt niet verwacht dat de extra «groeiruimte tranche 2016» op het geneesmiddelenkader nodig zal zijn (zie het antwoord op vraag 554).

Vraag 556:
Is de meevaller in het geneesmiddelenbeleid die jaarlijks gepresenteerd wordt, nu structureel verwerkt in de begroting?

Antwoord 556:
De afgelopen jaren zijn er diverse meevallers op het kader geneesmiddelen geweest. De huidige inzichten met betrekking tot meevallers zijn structureel verwerkt in de begroting.

Vraag 557:
Wanneer is de campagne tegen antibioticaresistentie voor de regering een succes? Welke concrete doelen moeten er dan zijn behaald?

Antwoord 557:
Het Ministerie van VWS start in het najaar van 2015 een driejarige campagne over het onderwerp antibioticaresistentie. De campagne moet een bijdrage leveren aan het vergroten van het probleembesef. Daarnaast draagt de campagne eenvoudige handelingsperspectieven aan hoe mensen zelf kunnen bijdragen aan het voorkomen van antibioticaresistentie. De publiekscampagne richt zich tevens op de doelgroep professionals en bestuurders, met name in de loop van 2016.

VWS vindt de campagne een succes wanneer er stijgingen waarneembaar zijn in de volgende doelstellingen:
Kennis
1. Doelgroep weet dat antibioticaresistentie een urgent probleem is (stijging)
2. Doelgroep kent de in de campagne gecommuniceerde handelingsperspectieven (stijging)

Houding
3. Doelgroep is zich ervan bewust dat antibioticaresistentie ook henzelf kan raken, en voelt zich daardoor ook verantwoordelijk voor het nemen van maatregelen (stijging)

Gedrag
4. Doelgroep past de in de campagne gecommuniceerde handelingsperspectieven (indien voor hen daadwerkelijk relevant) toe (stijging langere termijn)

VWS laat de effecten van de campagne onderzoeken. Het onderzoek start met een nulmeting (november 2015) voorafgaand aan de campagne. Naar aanleiding hiervan worden de doelen van concrete, meetbare percentages voorzien.

De campagne richt zich zowel op burgers als op zorgpersoneel en bestuurders.

Vraag 558:
Daarin vormt de (wijk)verpleegkundige tevens de schakel tussen de cliënt, zijn of haar sociale omgeving en de verschillende professionals. Binnen de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) was voor deze laatste coördinerende, regisserende en signalerende taken geen bekostigingstitel. De ruimte die de wijkverpleegkundige nodig heeft om breder te kijken dan de oorspronkelijke zorgvraag was door de indeling in functies en klassen verdwenen. Kunt u toelichten waarom een organisatie als Buurtzorg, dit binnen de AWBZ wel kon?

Antwoord 558:
In de AWBZ bestond geen aparte bekostigingstitel voor schakeltaken. Wel zijn vanaf 2009 middelen beschikbaar gesteld (in totaal € 40 miljoen in vier jaar) met het programma Zichtbare Schakel, om de samenhangende

zorg in de wijk te verbeteren. Het doel was mogelijk te maken dat de wijkverpleegkundige als spil fungeert tussen het sociale en medische domein. Met de overheveling naar de Zorgverzekeringswet is ervoor gekozen om in eerste instantie voor deze taken een aparte betaaltitel te behouden.

Buurtzorg werkt al geruime tijd met zelfsturende teams waarin de wijkverpleegkundige een belangrijke rol heeft om de zorg wijkgericht te organiseren en daarbij over de grenzen van het medische domein heen te kijken. Daarbij heeft Buurtzorg in de AWBZ gebruik gemaakt van het programma Experimenten Regelarm (ERAI) op basis waarvan afspraken zijn gemaakt om één product met bijbehorend tarief te declareren dat hetzelfde is voor alle zorgkantoren. Ook andere organisaties hebben van de ERAI-regeling gebruik gemaakt. Zo zijn er experimenten geweest waarbij de indicatiestelling niet meer door het CIZ werd uitgevoerd maar door de aanbieder zelf. Nu de wijkverpleging onderdeel uitmaakt van de Zvw wordt de indicatiestelling door de wijkverpleegkundige uitgevoerd en speelt het CIZ daarin geen rol meer.

Vraag 559:
Waarop is de daling in de uitgaven aan ambulancezorg vanaf 2017 gebaseerd? Hangt dit samen met de inwerkingtreding van de nieuwe Wet ambulancezorg?

Antwoord 559:
De daling in de uitgavenraming ambulancezorg vanaf 2017 betreft het aandeel van VWS in de taakstelling rond het transitieakkoord Meldkamer van de Toekomst. Deze mutatie is reeds eerder in de ontwerpbegroting 2015 toegelicht.

Vraag 560:
Waarom verwacht de Minister dat in 2017 (749,8 miljoen euro) aanzienlijk minder aan grensoverschrijdende zorg wordt uitgegeven dan in 2016 (809,9 miljoen euro)?

Antwoord 560:
Dit bedrag (circa € 60 miljoen) betreft de per 1 januari 2017 ingeboekte besparing voor de beperking van de werelddekking in de Zorgverzekeringswet.

Vraag 561:
Extramuraliseren tranche 2016 Deze mutatie betreft de tranche 2016 van het extramuraliseringseffect op de sector verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg en kapitaallasten. Het gaat hier om € 504,5 miljoen per jaar, vanaf 2016. Is dit inclusief de tegenvaller van € 259 zoals beschreven op pagina 153? Is dit inclusief de € 208 miljoen zoals beschreven op pagina 155?

Antwoord 561:
Nee. Het bedrag van € 504,5 miljoen staat los van de genoemde mutaties van € 259 miljoen respectievelijk € 208 miljoen. De mutatie van € 504,5 miljoen in verband met «extramuraliseren tranche 2016» heeft betrekking op het volgende.

In de ontwerpbegroting 2015 was de tranche extramuralisering 2016 verwerkt op het subartikel «nominaal en onverdeeld» van de Wlz. In de ontwerpbegroting 2016 is dit effect toegedeeld aan de betreffende subartikelen ouderenzorg, gehandicaptenzorg en kapitaallasten (nacalculatie). Deze toedeling is per saldo neutraal voor het Wlz-artikel. In bijgaande tabel is het geheel van de verschuivingen in beeld gebracht.

Tabel: overheveling tranche 2016 extramuralisering naar sectoren in Wlz

bedragen x € 1 miljoen	2016	2017	2018	2019
1. Ouderenzorg (pagina 215)	– 444,6	– 455,7	– 466,8	– 466,8
2. Gehandicaptenzorg (pagina 215)	– 35,9	– 36,8	– 37,7	– 37,7
3. Kapitaallasten nacalculatie (pagina 221)	– 24,0	– 12,0		
4. Nominaal en onverdeeld (pagina 223)	504,5	504,5	504,5	504,5
5. Saldo Wlz-uitgaven (som 1 tot en met 4)	**0,0**	**0,0**	**0,0**	**0,0**

Vraag 562:
Welke middelen worden gereserveerd voor het verkleinen van de sociaaleconomische gezondheidsverschillen bij de ontwikkeling van de nieuwe preventiecyclus? Op welke manier worden decentrale overheden betrokken bij deze doelstelling?

Antwoord 562:
In de landelijke nota gezondheidsbeleid is het thema sociaaleconomische gezondheidsverschillen een belangrijk aandachtspunt. We vragen gemeenten om in hun lokale gezondheidsnota's de integrale aanpak van gezondheidsachterstanden mee te nemen. Gemeenten hebben een taak om de gezondheid van hun inwoners te bevorderen. Daarbij hebben zij aandacht voor kwetsbare groepen.

Om hieraan een tijdelijke extra impuls te geven, ontvangen 164 gemeenten in het kader van de decentralisatie-uitkering Gezond in de stad financiële middelen. Hiervoor is jaarlijks € 20 miljoen beschikbaar tot en met 2017. Inhoudelijk worden zij ondersteund door het Stimuleringsprogramma «Gezond in...». Alle gemeenten kunnen gebruik maken van de ervaringen uit dit programma.

Daarnaast kunnen gemeenten gebruik maken van onder andere het JOGG-programma, het inzetten van buurtsportcoaches en de jeugdgezondheidszorg bij het terugdringen van gezondheidsachterstanden.

Vraag 563:
Welke middelen worden gereserveerd voor het verkleinen van de sociaaleconomische gezondheidsverschillen bij de ontwikkeling van de nieuwe preventiecyclus? Op welke manier worden decentrale overheden betrokken bij deze doelstelling?

Antwoord 563:
Zie het antwoord op vraag 562.

Vraag 564:
Waaruit blijkt dat de motie Bouwmeester c.s., waarin de regering is verzocht een ambitieus doel voor het aantal te ontwikkelen indicatoren door het kwaliteitsinstituut te laten vaststellen, zodat de ontwikkeling hiervan te volgen is, voldoende is uitgevoerd en welke ambitie geldt voor komend jaar?

Antwoord 564:
Binnen het programma Zichtbare Zorg is gebleken dat het stellen van concrete doelen over het aantal te ontwikkelen indicatoren in de praktijk een averechts effect heeft. De nadruk kwam uiteindelijk meer te liggen op de aantallen indicatoren dan op de bruikbaarheid van de informatie voor patiënten. Om die reden is de doelstelling gericht op een aantal afgesproken aandoeningen waarvoor een breed palet van informatiepro-

ducten voor patiënten moet worden gemaakt. Het is niet aan mij om te bepalen hoeveel indicatoren daarvoor nodig zijn; dat is aan het veld. Partijen pakken dit op in het kader van het jaar van de transparantie met het Kwaliteitsinstituut als regisseur. De afspraken gelden voor 2015 en 2016.

Vraag 565:
Haalt de Minister nog steeds de deadline van het najaar 2015 voor de evaluatie van de overheveling van de geneesmiddelen? Zo nee, wanneer komt de evaluatie dan wel?

Antwoord 565:
Ja. Op dit moment vindt er een uitgebreide evaluatie plaats van de overhevelingen die eerder hebben plaatsgevonden. De resultaten daarvan verwacht ik in het najaar aan de leden van de Tweede Kamer te kunnen zenden.

Vraag 566:
De Kamer zal voor de begrotingsbehandeling geïnformeerd over de mogelijkheden om de psychosociale behandeling integraal onderdeel te laten zijn van de behandeling (5859). Op welke termijn kan de Kamer deze informatie verwachten?

Antwoord 566:
Om dit vraagstuk in kaart te brengen en oplossingen aan te dragen is een werkgroep aan de slag met daarin vertegenwoordigers van patiënten, verzekeraars, aanbieders (somatiek en ggz), beroepsgroepen en inloophuizen. De werkgroep rondt haar werkzaamheden medio oktober af en stuurt mij dan de bevindingen. Ik streef ernaar dit eindrapport nog vóór de begrotingsbehandeling aan uw Kamer te sturen.

Vraag 567:
Is het mogelijk om op basis van toezegging 4937 een actueel tijdspad te geven van de behandeling van de nieuwe Wet verplichte GGZ?

Antwoord 567:
Zie het antwoord op vraag 57.

Vraag 568:
Wanneer ontvangt de Kamer de hoofdlijnenbrief voor de nieuwe Wet ambulancezorg?

Antwoord 568:
Op 17 juni jongstleden heb ik uw Kamer per brief geïnformeerd over de stand van zaken rondom de structurele ordeningswetgeving in de ambulancezorg (TK 19 247, nr. 212). In die brief heb ik aangegeven dat ik over een aantal scenario's nog in overleg ben met Ambulancezorg Nederland (AZN) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Dit overleg en mijn standpuntbepaling over de ordening zijn nog niet afgerond, ik acht zorgvuldigheid daarbij van groot belang.

Vraag 569:
Welk verband bestaat er tussen het mijden van zorg en de inkomensgroep waartoe iemand behoort?

Antwoord 569:
Zoals in mijn antwoord op vraag 481 is aangegeven, laat ik op dit moment samen met de LHV, de Consumentenbond en Zorgverzekeraars Nederland onderzoek doen naar zorgmijding. Daarbij wordt ook de sociaal econo-

mische status van mensen meegenomen. Eind oktober 2015 worden de resultaten van het onderzoek naar zorgmijding verwacht.

Vraag 570:
Hoeveel mensen hebben afgezien van zorg vanwege hogere kosten? Graag uitgesplitst per zorgsector.

Antwoord 570:
Zie het antwoord op vraag 569.

Vraag 571:
Welke ontwikkeling is er sinds 2009 te zien in het aantal mensen dat zorgmijden? Graag uitgesplitst per zorgsector (inclusief de GGZ).

Antwoord 571:
Eind oktober 2015 worden de resultaten van het onderzoek naar zorgmijding verwacht (zie mijn antwoord op vraag 481). In dit onderzoek wordt zorgmijding onderzocht voor vier typen zorg: (1) huisartsenzorg, (2) medisch specialistische zorg, (3) de verstrekking van geneesmiddelen op recept en (4) diagnostisch onderzoek. De geestelijke gezondheidszorg wordt in dit onderzoek expliciet buiten beschouwing gelaten omdat daarbij vanwege de grote organisatorische veranderingen het effect van het eigen risico op zorgmijden niet goed onderzocht kan worden.

Vraag 572:
Welke redenen geven mensen aan voor het mijden van zorg?

Antwoord 572:
Eind oktober 2015 worden de resultaten van het onderzoek naar zorgmijding verwacht (zie mijn antwoord op vraag 481). In dit onderzoek wordt onder andere nagegaan wat de redenen van mensen zijn om noodzakelijke zorg te mijden.

Vraag 573:
Welke nieuwe maatregelen zijn te verwachten om misstanden in de cosmetische sector, zoals verminken van borsten en verbrande benen bij laser en IPL, tegen te gaan?

Antwoord 573:
De actuele stand van zaken van eerder aangekondigde acties en nieuwe maatregelen ten aanzien van de cosmetische sector heb ik per brief van 2 juli 2015 aan uw Kamer gezonden (TK 31 765, nr 158). Ook het landelijke implantatenregister staat hierin vermeld. In het landelijke implantatenregister zijn cardiologische, orthopedische en gynaecologische implantaten en borstimplantaten opgenomen die deel uitmaken van bestaande kwaliteitsregisters (de National Cardiovascular Data Registry (NCDR), de Landelijke Registratie Orthopedische Implantaten (LROI), het register van de Nederlandse vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG/POMT) en de Dutch Breast Implant Registry (DBIR).

Bij een signaal over een veiligheidsrisico rond een bepaald soort implantaat kan hierdoor beter inzage worden verkregen in het aantal betrokken cliënten en daarmee in de gevolgen voor de Nederlandse gezondheidszorg en cliëntveiligheid. Betrokken cliënten kunnen indien nodig door tussenkomst van de zorgverlener of zorginstelling beter worden getraceerd voor zover de gegevens over die implantaten in het landelijke register opgenomen zijn.

Ten aanzien van laseren is in bovengenoemde brief opgenomen dat ik bij de komende wetswijziging van de wet BIG laseren zal opnemen als

voorbehouden handeling. Bij AMvB zal ik uitwerken welke laserbehandelingen wel en welke niet als voorbehouden handeling zijn aan te merken. De wijziging van de wet is op dit moment in internetconsultatie en zal na het doorlopen van de daarvoor geldende procedures zo snel mogelijk aan uw Kamer worden voorgelegd.

Daarnaast heb ik de Nederlandse Stichting Esthetische Geneeskunst (NSEG) gevraagd om kwaliteitsnormen voor de cosmetische sector op te stellen waaruit blijkt of een arts bekwaam is (naast bevoegd) om een bepaalde cosmetische ingreep uit te voeren. Deze normen zijn momenteel in ontwikkeling.